# Grandir sur l'île

## LE PROJET JEUNESSE MONTRÉALAIS

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-06450/

**Grandir sur l'île** est le fruit de nombreux échanges entre divers partenaires jeunesse de la région de Montréal.

Ce document est une production de la Régie régionale de Montréal-Centre. Vous pouvez en obtenir une copie en communiquant avec les Services documentaires de la Régie régionale au numéro suivant : (514) 286-5604. Prix : 8,00 $

**Supervision de l'ensemble du projet**
Réjean Pinard
Responsable de secteur et chargé de projet
Régie régionale de Montréal-Centre

**Coordination**
Manon Fontaine
Direction de la programmation et coordination

**Rédaction**
Christine Daniel
Service des communications

**Mise en page**
Christine Daniel

**Page couverture**
Illustration : Philippe Brochard

**Révision de texte**
Lise Latourelle
Service des communications
Lisette Gasse
Direction de la programmation et coordination

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2 – 89510 – 015 – 2

## Remerciements

Nous voulons remercier plus particulièrement la participation de quelques personnes dans l'élaboration du présent document :

**Les membres du comité de coordination du Projet jeunesse montréalais**, formé de partenaires sectoriels et intersectoriels, pour leur implication depuis le début de la démarche, mais plus particulièrement à l'occasion de la consultation sur les paramètres du Projet jeunesse montréalais. Riches ont été les commentaires qui nous ont permis de bonifier ce document et, par la même occasion, de constater que les défis auxquels nous convie **Grandir sur l'île** trouveront des alliés dynamiques.

**Mme Hélène Henry**, pour sa contribution à la cueillette d'information et à la coordination.

Nous voulons aussi souligner la contribution exceptionnelle d'une équipe qui a su mettre à profit temps, énergie et expertise, et ce, malgré un délai très court :

Les membres du comité opérationnel :
**Mme Suzanne De Blois**, médecin-conseil, Direction de la santé publique, **Mme Marguerite Paiement**, agente de planification, Direction de la santé publique, **Mme Isabelle Ricard**, conseillère, Services d'adaptation sociale, **Mme Mireille Perreault**, conseillère, Services de santé mentale, **M. André Trépanier**, chef de service, Services multiclientèles, **Mme Andrée Carrière**, conseillère, Services multiclientèles, **Mme Louise Gagné**, conseillère, Services multiclientèles, **M. Luc Thériault**, conseiller, Service des ressources humaines, **Mme Manon Fontaine**, conseillère au Projet jeunesse montréalais, **Mme Monique Tessier**, chef de service, Services d'adaptation sociale, **M. Réjean Pinard**, responsable de secteur et chargé de projet.

Des gens qui se sont associés à nos travaux :
**M. Jean Bélanger**, agent de recherche, **Mme Hélène Riberdy**, agente de recherche en jeunesse, **Mme Marie-Claire Laurendeau**, responsable de l'Unité d'écologie humaine et sociale et **Mme Lisette Gasse**, secrétaire.

Enfin, **Mme Christine Daniel** du Service des communications pour sa contribution à la rédaction de ce document.

## Table des matières


**Présentation** ..... **7**

**1. Les assises du Projet jeunesse montréalais** ..... **9**
*« Le défi de l'accès 1998-2002 »* ..... 9
*« Agissons en complices »*, Rapport Cliche ..... *10*
*« État de la situation et recommandations »*, Rapport Lebon ..... *10*
*« Priorités nationales de Santé publique »* ..... *11*
*« Famille en tête 1995-1997 »* ..... *11*
*« La politique de la santé et du bien-être »* ..... *12*
*« Un Québec fou de ses enfants »* ..... *12*

**2. Des partenaires complices et solidaires** ..... **13**
Au-delà du système de santé et de services sociaux, plusieurs se sentent concernés et s'impliquent ..... 13
La contribution de chacun ..... 14
Un projet qui concerne toute notre société ..... 16

**3. Le portrait actuel** ..... **17**

**a) La situation des jeunes montréalais** ..... **17**
✓ Au point de vue démographique ..... 17
- Le nombre de jeunes ..... 17
- La langue parlée à la maison ..... 18

✓ Au point de vue socio-économique ..... 18
- La pauvreté ..... 18
- La cellule familiale ..... 19
- La multiethnicité ..... 20

✓ Au point de vue de la santé et du bien-être ..... 21
- La négligence parentale à l'endroit des enfants de 0 à 11 ans ..... 21
- La violence subie ..... 22
- La violence chez les adolescents ..... 22
- L'exclusion et la marginalisation ..... 23
  - Retard et décrochage scolaire ..... 24
  - Les problèmes de santé mentale ..... 25
  - Consommation d'alcool et de drogue ..... 26
  - Grossesse à l'adolescence ..... 27

✓ Les choix économiques et sociaux ont des conséquences sur les conditions de vie, de santé et de bien-être ..... 28

**b) les services de santé et les services sociaux** ..... **29**
✓ Les acquis ..... 29
- Un meilleur accès aux services ..... 29
- Une approche qui favorise l'intervention dans le milieu ..... 30
- Le développement du partenariat ..... 31
- Une reconnaissance de l'expertise ..... 31

- ✓ Les lacunes et les limites ..... 32
  - • Une vision qui oublie parfois le développement global de l'enfant ..... 32
  - • La méconnaissance du rôle de certains partenaires ..... 32
  - • Un manque d'accessibilité dans certains services ..... 33
  - • Un manque de soutien à la concertation ..... 33
  - ✓ L'importance d'offrir des services continus .... 33

**4. Les orientations ..... 35**

Huit principes directeurs ..... 35
- ✓ 1. L'amélioration des conditions de vie, de santé et de bien-être ..... 35
- ✓ 2. Une base locale : les territoires de CLSC ..... 35
- ✓ 3. L'accessibilité et la continuité ..... 35
- ✓ 4. L'accentuation des interventions de promotion et de prévention ..... 36
- ✓ 5. Un renforcement des services de première ligne ... 36
- ✓ 6. Le respect des missions ..... 36
- ✓ 7. L'ouverture à des formes novatrices de partenariat 36
- ✓ 8. Une évaluation des programmes ..... 36

Deux approches privilégiées ..... 36
- ✓ 1. Une approche écologique ..... 36
- ✓ 2. Un continuum d'interventions ..... 38

Trois objectifs prioritaires ..... 40
1. *Pour tous les enfants, les jeunes et leurs familles :* des activités de promotion et de prévention ..... 40
2. *Pour les enfants et les jeunes en situation de vulnérabilité :* intervenir précocement et appuyer les parents dans leur rôle ..... 41
3. *Pour les enfants, les jeunes et leurs familles qui ont des besoins spéciaux :* s'assurer qu'ils reçoivent les services dont ils ont besoin ..... 43

L'évaluation du Projet jeunesse montréalais ..... 45
Trois niveaux de résultats attendus ..... 45
- ✓ La démarche d'implantation ..... 45
- ✓ La production de services et d'activités ..... 45
- ✓ L'impact sur la population ..... 45

Le rôle spécifique de la Régie régionale ..... 47
- ✓ La coordination des activités régionales ..... 47
- ✓ Le soutien à la mise en œuvre ..... 48

**Bibliographie ..... 51**

***Annexe***
Les membres du comité de coordination

# Présentation

**Grandir sur l'Île,** le Projet jeunesse montréalais, est un projet pour les enfants et les jeunes montréalais. Il implique bon nombre d'acteurs jeunesse qui en sont les principaux maîtres d'œuvre.

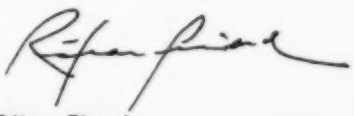
Il veut agir sur la santé et le bien-être des enfants et des jeunes de façon à réduire le nombre d'enfants victimes de négligence et de violence, le nombre de comportements violents posés par des jeunes et le nombre de jeunes exclus ou marginalisés.

En ce sens, il vise l'ensemble des jeunes en misant sur des actions de promotion et de prévention, c'est-à-dire des actions qui devront être réalisées avant que les problèmes ne surgissent.

Plusieurs de nos jeunes vivent des situations à risque pour leur développement ou connaissent des difficultés graves d'adaptation sociale. Certains sont victimes de la brutalité, de la négligence, de l'ignorance ou de l'indifférence des adultes. D'autres, généralement plus âgés, se rebellent, se montrent violents, transgressent des lois, abusent d'alcool et de drogues ou encore se prostituent. Enfin, un certain nombre abandonnent l'école prématurément ou sont hantés par des idées suicidaires[1]. Ce projet jeunesse s'adresse plus particulièrement aux jeunes vulnérables, aux enfants victimes, aux enfants décrocheurs, aux jeunes marginalisés.

Il représente un pacte entre de nombreux partenaires qui acceptent de relever le défi de la collaboration, du partenariat, de la concertation. Ils acceptent également d'unir leurs efforts dans l'action auprès des jeunes. L'enthousiasme qui nous anime tous, c'est que l'ensemble de nos actions, dorénavant mieux concertées, contribuent à infléchir les tendances négatives actuelles et aient un impact positif sur le développement d'un grand nombre de jeunes montréalais.

Ce document veut aussi insuffler à d'autres le désir d'agir, il veut entre autres susciter des projets locaux, plus près, plus proches des jeunes. Le Projet jeunesse montréalais fera des petits. Nous veillerons à ce qu'ils puissent grandir avec tout le soutien nécessaire.



Réjean Pinard
*Responsable de secteur et chargé de projet*
*Direction de la programmation et coordination*
*Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*

---

[1] *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Camil Bouchard, président, MSSS, 1991.

Le présent document résulte d'audiences publiques réalisées en 1998 auxquelles ont participé les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Il a fait l'objet d'une consultation auprès de nombreux partenaires regroupés au sein du comité de coordination du Projet jeunesse montréalais. Enfin, il vient concrétiser les objectifs en matière de services à la jeunesse inscrits dans le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Le texte est divisé en quatre grandes parties. La première partie, « Les assises du Projet jeunesse montréalais », situe en fait le contexte dans lequel s'inscrit ce projet. La deuxième partie, « Des partenaires complices et solidaires », souligne l'importance de tous les partenaires. La troisième grande partie, « Le portrait actuel », dresse un état de la situation des jeunes montréalais et présente les acquis, les lacunes et les limites du réseau de services actuel. Enfin, la dernière partie, « Les orientations », expose les orientations, les principes directeurs et les objectifs poursuivis par le Projet jeunesse montréalais.

# 1.

# Les assises du Projet jeunesse montréalais

Le Projet jeunesse montréalais ne doit pas être considéré, banalement, comme un « énième » document sur les jeunes.

Au-delà des mots, il représente d'abord et avant tout un engagement. Il reflète la volonté de plusieurs partenaires de contribuer à une réelle amélioration des conditions de vie, de santé et de bien-être des enfants et des jeunes de la région de Montréal.

À la suite de plusieurs autres, il vient renforcer les discours de prévention et de valorisation d'actions concertées, complémentaires et mieux intégrées.

À la suite de plusieurs autres, il veut concrétiser et adapter à la réalité montréalaise plusieurs recommandations déjà exprimées par différents experts.

À la suite de plusieurs autres, il a la particularité et le pouvoir de mettre en œuvre des actions, de réaliser des projets, d'arrimer différents services.

## Un engagement de la Régie régionale de Montréal-Centre

*« **Le défi de l'accès** », Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, juin 1998.*

C'est en mai 1998 que le conseil d'administration de la Régie régionale a donné son aval au Projet jeunesse montréalais. « Un projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'intention des jeunes et de leurs parents ».

Ses grandes orientations visent à lutter plus efficacement contre la négligence parentale, la violence familiale à l'endroit des enfants, la violence à l'adolescence, l'exclusion et la marginalisation.

Le conseil d'administration a fixé les grands paramètres de ce projet jeunesse :

- ✓ Renforcer les interventions de prévention et de promotion ainsi que toutes formes d'intervention réalisées « en amont »;
- ✓ Assurer une meilleure accessibilité aux services sur chacun des territoires de CLSC de même qu'au plan régional;
- ✓ Mettre sur pied des mécanismes de coordination et de concertation tant au plan local que régional;
- ✓ Assurer une meilleure intégration des services spécialisés.

« *Le Défi de l'accès* » se situe en continuité avec le plan de réorganisation des services 1995-1998 : « *L'atteinte d'un nouvel équilibre* ».

**Un consensus de différents experts**

***« Agissons en complices »,*** *Pour une stratégie de soutien au développement des enfants et des jeunes, 1998.*

Le « Rapport Cliche » propose une stratégie d'action pour soutenir le développement des enfants et des jeunes. On y fait un rappel des orientations en jeunesse autour desquelles un consensus a déjà été établi et on énonce un ensemble de principes qui doit guider les actions à venir auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents.

La stratégie d'action énonce quatre objectifs généraux, des mesures, des échéanciers et des résultats attendus. Ces mesures visent à favoriser l'engagement commun et la mobilisation de tous les acteurs engagés auprès des enfants et des jeunes, à réaliser des actions pour intervenir avant que les difficultés surgissent, à assurer des services intégrés de qualité aux usagers et à se doter d'une approche visant à mesurer les résultats.

**Une volonté d'améliorer la protection des jeunes et l'accessibilité aux services à la jeunesse**

***« État de la situation et recommandations*** *au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse », 1998.*

Le groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, aussi connu sous le nom de « comité Lebon », qualifie de très préoccupante la situation actuelle en matière de protection de la jeunesse et d'accessibilité aux services à la jeunesse.

La sécurité et le développement des jeunes ont été jugés compromis à deux niveaux :

- ✓ le premier concerne les listes d'attente à l'évaluation qui existent dans l'ensemble du Québec et dont le volume est supérieur à trois fois la capacité d'évaluation pour une majorité de régions;
- ✓ le deuxième a trait aux jeunes à domicile sans services et en attente d'assignation d'intervenant social après que leur sécurité et leur développement aient été déclarés compromis.

« La situation nécessite une action immédiate, vu la gravité des faits et la vulnérabilité des jeunes ». Différentes recommandations sont formulées dans le but de remédier à la situation.

## Une priorité nationale de santé publique

***« Priorités nationales de Santé publique 1997-2002 »***, *1997.*

Ce document précise les actions prioritaires de santé publique qui seront menées dans l'ensemble du Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales d'ici 2002. Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes sont identifiés comme faisant partie de ces priorités.

Celles-ci ont été établies pour cinq ans. Pour les auteurs, cet horizon est suffisamment proche pour être mobilisateur et suffisamment lointain pour permettre l'observation de résultats significatifs.

## Une stratégie proactive dans la prévention, basée sur des valeurs de solidarité et de responsabilité

***« Famille en tête 1995-1997 »***, *Plan d'action des partenaires en matière familiale, 1995.*

L'objectif visé par la politique familiale est de créer une société plus accueillante pour les parents et pour les enfants. Les grandes lignes du plan d'action font appel à la concertation, privilégient la prévention et font la promotion de comportements pacifiques.

Cette politique s'articule autour de valeurs de solidarité et de responsabilité. « La société tout entière doit être intimement imprégnée d'un souci permanent en matière de prévention ». Une action préventive globale nécessite un engagement de tous. Il existe un consensus entre tous : il faut investir davantage pour prévenir les problèmes avant qu'ils n'apparaissent.

## Une approche nettement orientée vers la prévention

***« La politique de la santé et du bien-être »**, 1992*

Cette politique définit les grands enjeux qui orientent le système de santé et de services sociaux. Axée sur dix-neuf problématiques et huit groupes vulnérables, elle convie les acteurs du système de santé à adopter, au regard des problèmes retenus, une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être, et les incite à favoriser des stratégies d'intervention visant la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des problèmes sociaux et de santé.

## Les enfants et les jeunes au centre de la vie collective

***« Un Québec fou de ses enfants »**, 1991*

Camil Bouchard, président du Groupe de travail sur les jeunes, a tenu à intituler son rapport « *Un Québec fou de ses enfants* » afin de rappeler à tous les adultes du Québec à quel point il est important que chaque enfant et chaque jeune puisse compter sur la présence d'un adulte attentif, aimant et « fou » de lui.

En 1991, le groupe de travail tentait d'identifier des actions qui, au cours des dix prochaines années, pourraient infléchir le nombre des enfants et des jeunes aux prises avec des difficultés graves.

Pour les auteurs du rapport, il est possible de diminuer radicalement l'ampleur de ces problèmes pour autant qu'on reconnaisse d'abord qu'ils sont des signes de manquements dans les conditions indispensables au développement optimal des enfants et des jeunes.

Le document propose des mesures qui visent à corriger un certain nombre de situations critiques où enfants et jeunes sont menacés dans leur développement.

# 2.

# Des partenaires complices et solidaires

## Au-delà du système de santé et de services sociaux ...

La compréhension des problèmes de santé et des problèmes sociaux révèle que de nombreux éléments sont invariablement associés à bon nombre de problèmes. Le système de services du réseau de la santé et des services sociaux ne constitue en fait qu'un des facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Les autres étant :

- les facteurs biologiques, génétiques;
- les habitudes de vie et les comportements reliés à la santé, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'alimentation, les comportements sexuels;
- les milieux de vie, c'est-à-dire la famille, l'école ou le milieu de travail, et l'environnement social, plus spécifiquement le réseau social et les rapports hommes-femmes;
- l'environnement physique comme la qualité de l'air et de l'eau;
- les conditions de vie, c'est-à-dire le revenu, la scolarité, le logement, l'emploi;
- le système de services.

Ceux-ci influencent de diverses manières la santé et le bien-être des personnes. Parmi ces facteurs, les conditions de vie jouent un rôle prépondérant. La pauvreté, notamment, est étroitement associée à plusieurs problèmes dont l'abus et la négligence à l'endroit des enfants, la violence conjugale, les troubles mentaux, le suicide, la mortalité et la morbidité infantiles, les incapacités et l'itinérance.

La qualité du milieu familial, du milieu scolaire, du milieu de travail, du réseau social ainsi que les rapports entre les hommes et les femmes sont reliés à plusieurs problèmes sociaux mais il sont également de plus en plus associés à des problèmes de santé.

Pour agir efficacement, il faut dorénavant considérer le caractère commun de plusieurs facteurs qui sont à l'origine des problèmes. Ainsi, outre l'offre de services de santé et de services sociaux, une amélioration des conditions de vie, notamment aux plans du revenu, de la scolarisation, du logement et de l'emploi, constitue une autre stratégie à privilégier pour améliorer la santé et le bien-être de la population en général et des jeunes en particulier [2].

## Plusieurs se sentent concernés et s'impliquent

Plusieurs partenaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau traditionnel de services de santé et de services sociaux, se sentent visés, concernés et s'impliquent dans l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes montréalais.

« *Grandir sur l'île* » implique plusieurs d'entre eux. D'abord, mentionnons les établissements directement concernés du réseau : les CLSC et les centres jeunesse. Ajoutons tout de suite les autres secteurs du réseau de la santé et des services sociaux, soit ceux de la santé physique, de la santé mentale, de la déficience physique, intellectuelle et de l'alcoolisme - toxicomanie.

---

[2] Inspirée de *La politique de la santé et du bien-être*. MSSS. 1992.

Il faut un village pour s'occuper d'un enfant

Mais nous savons qu'à lui seul le réseau de la santé et des services sociaux ne peut arriver à modifier significativement la santé, les conditions de vie, l'avenir de certains jeunes montréalais. Heureusement, la collectivité montréalaise dispose de nombreuses organisations, dans différents secteurs, qui sont aussi préoccupées par la situation et le devenir des jeunes. Il s'agit ici du milieu scolaire, des milieux de garde, du milieu de l'emploi, des organismes communautaires, des municipalités, de la police et du milieu corporatif.

L'île de Montréal compte en fait 5 commissions scolaires, 646 écoles (521 publiques et 125 privées), 49 postes de police de quartier, 495 organismes communautaires (dont près de 150 exclusivement en jeunesse), près de 150 établissements de santé et de services sociaux dont 29 CLSC et 2 centres jeunesse, environ 260 centres de la petite enfance, 28 centres d'emploi locaux et 29 municipalités.

*Tous ces acteurs, ces partenaires indispensables, posent des gestes qui auront un impact déterminant sur le développement des jeunes. Assurer une meilleure concertation entre tous afin d'offrir une meilleure accessibilité, intégration, continuité et complémentarité des services aux jeunes constitue justement l'essence même du Projet jeunesse montréalais. On ne part pas de zéro : plusieurs initiatives majeures inspirées des principes mentionnés dans les rapports déjà cités existent déjà sur le territoire de Montréal-Centre et de nombreux projets locaux rassemblent déjà bon nombre de partenaires.*

## La contribution de chacun

**Les CLSC**

*Les CLSC assurent les services de base (services de santé et services sociaux préventifs et curatifs, services de réadaptation et de réinsertion) en les adaptant localement aux caractéristiques particulières de leur population et en favorisant la complémentarité et la collaboration avec l'ensemble des partenaires. Dans le cadre du projet jeunesse, ils voient à la mobilisation des acteurs jeunesse de leur territoire, à la mise en œuvre et au suivi des plans d'action.*

**Les centres jeunesse**

La réforme de la santé et des services sociaux a amené d'importants changements tant au niveau de l'organisation que des changements de pratique pour les deux centres jeunesse de Montréal. L'approche milieu privilégie une offre de services aux enfants, aux jeunes et aux familles en difficulté en milieu naturel plutôt qu'en institution, lorsque cela est possible, et ce, en concertation avec les partenaires. A ce titre, bien qu'ils interviennent auprès d'une clientèle référée, les intervenants ont à développer davantage d'alliances avec les autres acteurs jeunesse impliqués auprès de cette clientèle.

**Les centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle**
Ces acteurs du réseau s'inscrivent dans le défi d'une meilleure intégration des services spécialisés, en appui à l'intervention conduite près des milieux de vie. Des protocoles devront se développer afin que se concrétise la complémentarité nécessaire à une plus grande efficacité dans l'intervention.

**Les centres hospitaliers, particulièrement la pédiatrie et la pédopsychiatrie**
La collaboration des services de pédopsychiatrie est essentielle pour assurer des services aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale en cohérence avec les autres acteurs impliqués. Des modalités formelles avec les partenaires du milieu restent à préciser. De même, des protocoles devront exister pour assurer la circulation des usagers à double sens entre les centres hospitaliers et les autres établissements arrimés à la concertation locale.

***Les centres en alcoolisme et toxicomanie***
Ces centres en collaboration avec les partenaires jouent un rôle primordial au niveau du dépistage et de l'intervention précoce. Des ententes devront être conclues afin d'arrimer mandats régionaux et concertation locale.

**Les organismes communautaires**
Lorsque l'on parle du milieu communautaire, on ne fait pas référence à une entité homogène mais à un monde polyvalent et mouvant, soucieux de son autonomie, dynamique et revendicateur.

La base de l'arrimage des groupes communautaires à la structure de concertation doit présenter la souplesse nécessaire pour s'adapter aux réalités changeantes des diverses composantes du mouvement communautaire local. Les éléments clés dans la concertation avec les organismes communautaires sont la reconnaissance de leur rôle et la complémentarité au réseau, et ce, dans le respect de leur mission.

**Les commissions scolaires et les écoles**
La réforme importante que connaît le milieu scolaire vise des objectifs convergents à ceux mis de l'avant par le projet jeunesse. Au plan local, les CLSC ont déjà des liens avec le milieu scolaire et des ententes cadres balisent les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire. Le défi majeur consiste à coordonner efficacement les actions menées dans les écoles dans le but de supporter le développement des jeunes.

**Le milieu de l'emploi**
*La difficulté d'accès à l'emploi que connaissent bon nombre de jeunes nécessite que l'on développe de nouvelles avenues. Entre autres, les Carrefours jeunesse emploi et les Centres locaux d'emploi doivent développer des liens plus étroits avec le réseau scolaire, les CLSC et les autres organismes qui s'impliquent auprès des jeunes. En plus de promouvoir différents programmes de réinsertion socioprofessionnels, ils souhaitent développer de*

*nouvelles collaborations qui s'inscrivent dans le sens des orientations du Projet jeunesse montréalais.*

**Les centres de la petite enfance**

Les centres de la petite enfance, au même titre que les CLSC et les écoles, constatent une augmentation des problématiques sociales (faim, manque de stimulation) et des comportements inappropriés chez les tout-petits. En concordance avec l'orientation préconisant des interventions résolument dirigées vers l'amont, des mesures doivent être mises en place, dans et avec les milieux de garde, pour enrayer la progression et l'aggravation de ces problématiques. Les centres de la petite enfance réclament cette collaboration.

**Les municipalités**

De façon générale, les interrelations avec les municipalités ne sont pas établies sur des bases formelles. Cependant, des représentants des municipalités siègent à toutes les tables de concertation jeunesse. Ce milieu, ouvert à la collaboration, est davantage sollicité pour des programmes de prévention et de dépistage dans le cadre d'activités de loisirs ainsi que pour l'intégration des enfants et des jeunes handicapés ou en difficulté d'adaptation.

**Les services de police**

L'avènement de la police de quartier a permis d'établir des liens plus directs et plus continus avec les organisations locales. Dans plusieurs quartiers, il existe des comités aviseurs police/milieu qui procèdent à l'analyse des besoins et à l'élaboration de plans d'action pour prévenir, dépister ou intervenir en matière de taxage, violence, toxicomanie, itinérance, etc. Dans plusieurs postes, un policier est affecté spécifiquement au dossier de la jeunesse. Quoique ces pratiques soient inégales d'un territoire à l'autre, elles constituent cependant des bases non négligeables pour l'arrimage des corps policiers à la concertation intersectorielle.

*Un projet qui concerne toute notre société*

Contrairement aux slogans populaires, il ne faut pas considérer les enfants et les jeunes d'aujourd'hui comme une « richesse de demain », ou une « force d'avenir », ils sont une force du présent. C'est maintenant qu'ils enrichissent ou appauvrissent notre société. C'est maintenant qu'on doit se préoccuper et s'occuper d'eux et cela demande un engagement autrement plus exigeant, de la part de tous, que l'espoir passif et futile qu'ils s'en sortiront un jour... [3]

---

[3] Texte inspiré de : *Un Québec fou de ses enfants* Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Camil Bouchard, président, MSSS, 1991.

La préoccupation pour la situation des jeunes constitue un consensus fort de notre société. Citoyens, décideurs, praticiens sociaux et chercheurs, tous, il nous faut accorder une priorité, dès maintenant, aux enfants et aux jeunes.

# 3.
# Le portrait actuel

## a) la situation
des jeunes montréalais

Si le Projet jeunesse montréalais vise à prévenir et à améliorer les situations de vulnérabilité d'enfants et de jeunes, il reconnaît aussi la capacité de la majorité d'entre eux à s'adapter et à se développer harmonieusement. Il faut, de plus, souligner la richesse de plusieurs familles et milieux; nombreux sont les proches qui peuvent les aider à s'épanouir. Enfin, accentuer les occasions où l'on peut mettre en évidence les compétences des enfants et des jeunes constitue certainement une attitude à privilégier.

L'environnement des enfants, des jeunes, des familles et de la collectivité montréalaise évolue. Si on veut s'assurer que les programmes, les mesures, les actions soient bien adaptés à la diversité des situations, il faut tenir compte de cette évolution.

Il importe donc de connaître la situation actuelle, d'examiner les données les plus récentes possibles et de rapporter les tendances observées.

Voici le portrait démographique, socio-économique des jeunes montréalais ainsi que leur positionnement face à différentes problématiques de santé et de bien-être selon les données disponibles à la fin des années 1990. Vous constaterez que cet état de situation présente en fait bon nombre d'obstacles au développement optimal des enfants et des jeunes montréalais.

### Au point de vue démographique

### LE NOMBRE DE JEUNES

La jeunesse (0-24 ans) constitue près de 29 % de la population montréalaise contre 33 % pour l'ensemble du Québec. Cela traduit que, dans l'ensemble du Québec, la population est plus jeune qu'à Montréal [4].

Bien que le nombre de Montréalais soit resté stable de 1991 à 1996, celui des jeunes de moins de 25 ans a légèrement diminué, passant d'environ 524 000 à un peu moins de 520 000 jeunes.

Cette observation cache toutefois l'évolution de certains groupes d'âge :

- ✓ le nombre d'enfants de moins de 6 ans a connu une hausse d'environ 9 000 enfants. On en comptait près de 128 000 en 1996;
- ✓ les jeunes adultes de 18 à 24 ans ont diminué d'environ 13 000. Il étaient 170 000 en 1996 [5].

---

4 Institut de la statistique du Québec, recensement 1996.

5 *Le développement optimal des jeunes dans la région de Montréal. État de situation*, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, nov. 1996.

## Au point de vue socio-économique

*LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON*

**À Montréal, la proportion des jeunes ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais est passée de 21 % à 27 % entre 1991 et 1996. Les principales langues maternelles sont l'italien, l'espagnol et l'arabe.**

**Par ailleurs, il arrive qu'à la maison la langue maternelle laisse place au français et à l'anglais. Ainsi, à Montréal, seulement 17 % de la population utilise une autre langue que le français ou l'anglais à la maison. Les principales langues étant l'italien, l'espagnol, l'arabe et le chinois. [6].**

**Nous rappelons ici brièvement quelques caractéristiques de la population montréalaise qui ont pour effet de vulnérabiliser les familles.**

*La pauvreté, un déterminant majeur de santé et bien-être des jeunes*

### LA PAUVRETÉ

La pauvreté constitue une condition de vie néfaste pour le bien-être des enfants. Elle les rend plus vulnérables à développer des problèmes de santé physique et psychosociaux qui pourraient compromettre leur développement. On ne peut démontrer hors de tout doute que la pauvreté est la cause de ces problèmes, on constate cependant des relations systématiques et fortes entre les situations de pauvreté et l'incidence de problèmes de toutes sortes.

La pauvreté des enfants de 0 à 5 ans est un phénomène plus marqué sur l'île de Montréal où plus d'un enfant sur trois dépend d'un faible revenu comparativement à un enfant sur cinq pour l'ensemble du Québec (1991). De 1990 à 1996, on a observé un appauvrissement des familles avec de jeunes enfants : le pourcentage de celles vivant de prestation de la sécurité du revenu est passé de 20 % à 27 % [7].

En janvier 1996, à Montréal, on comptait 35 032 enfants âgés de moins de 6 ans (un enfant sur quatre) et 46 810 âgés de 6 à 17 ans dont les parents étaient bénéficiaires d'aide sociale. Un peu plus de 200 jeunes de moins de 18 ans étaient eux-mêmes requérants; 36 % des jeunes qui reçoivent des prestations d'aide sociale au Québec vivent à Montréal [8].

---

6 Idem.

7 *Les inégalités sociales de la santé : rapport annuel 1998 sur la population.* Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre, 1998.

8 Ministère de la Sécurité du revenu, 1996.

On constate que les enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent, surtout la mère, sont proportionnellement plus défavorisés que les autres. Trop souvent, la monoparentalité est associée à la pauvreté. En 1991, 64 % de ces enfants vivaient sous le seuil de faible revenu[9]. On sait que la pauvreté génère une prévalence de problèmes et de déficits psychosociaux importante : sous-scolarisation, analphabétisme, isolement, détresse psychologique, exclusion, marginalisation, décrochage, problèmes d'intégration et de socialisation, délinquance, violence, etc. De plus, on sait qu'en dépit de la gratuité des services de santé et des services sociaux, l'utilisation de certains d'entre eux, comme la vaccination, est moindre (ou avec plus de retard) chez les familles défavorisées, ceci peut menacer le développement optimal des jeunes.

En 1996, 40 % des jeunes de moins de 25 ans qui vivent à Montréal ont un revenu inférieur au seuil de faible revenu [10]. Près de 20 % de la part relative des jeunes de 15 à 24 ans sont en chômage [11].

## LA CELLULE FAMILIALE

*Un milieu de vie comme la famille constitue un autre déterminant de santé et bien-être des jeunes*

De nombreuses familles montréalaises sont monoparentales. C'est le cas de 32 % des familles avec enfants à Montréal comparativement à 24 % pour le Québec[12]. Il s'agit bien souvent de jeunes parents très démunis qui vivent des situations de stress liées à leur difficulté d'assumer seuls les responsabilités financières, ménagères et éducationnelles.

La réalité familiale se traduit aussi par la précarité des couples, des ruptures fréquentes. La désorganisation familiale a des conséquences significatives pour les enfants.

Les jeunes qui vivent seuls se retrouvent en bonne partie à Montréal. En 1991, on constatait que 39 % des jeunes qui vivent seuls résident à Montréal, alors que seulement 28 % des jeunes de 18 à 24 ans sont Montréalais [13].

---

9 *Le développement optimal des jeunes dans la région de Montréal. État de situation.* Direction de la santé publique. RRSSS Montréal-Centre. nov. 1996.

10 Estimation.

11 Statistique Canada. Recensement 1996. Profil par division de recensement.

12 Statistique Canada. Recensement 1996. Profil par division de recensement.

13 Statistique Canada. Recensement 1991. Tableau géocodé.

## LA MULTIETHNICITÉ

Précisons d'entrée de jeu que Montréal représente le lieu d'arrivée et d'installation de 70 % des immigrants au Québec. En 1996, 28 % de la population montréalaise est née à l'extérieur du Canada dont le quart est arrivé entre 1991 et 1996 [14]. Les principaux lieux de naissance de ces personnes sont Haïti, le Liban, la France et la République populaire de Chine. Entre 1991 et 1995, 19 347 jeunes âgés entre 12 et 17 ans ont été admis au Québec, ils représentent 10 % des immigrants admis pendant cette période [15].

Migrer dans un nouveau pays représente un processus plus ou moins long d'intégration, parfois ardu, parfois non, mais toujours stressant, surtout lorsqu'il est marqué par des situations de discrimination ou de racisme [16].

Pour les jeunes, particulièrement les jeunes de la seconde génération, on sait qu'ils sont confrontés à une difficulté additionnelle : ils peuvent être déchirés entre les valeurs familiales et les valeurs de la société dans laquelle ils vivent. On constate également d'importants problèmes quant à leur intégration au marché de l'emploi, cette situation est accentuée pour les jeunes des minorités visibles.

---

14 Statistique Canada, Recensement 1996, Profil par division de recensement.

15 *Le développement optimal des jeunes dans la région de Montréal. État de situation.* Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, nov. 1996.

16 *Le racisme au Québec : éléments d'un diagnostic.* Collections Études et recherches, no 13, Direction des communications, ministère des Affaires internationales de l'Immigration et des Communautés culturelles, 1996.

## Au point de vue de la santé et du bien-être

Nous voulons faire le point ici sur divers problèmes de santé et de bien-être vécus par les enfants et les jeunes de Montréal.

Même si ces problèmes sont souvent identifiés comme des difficultés d'adaptation sociale, il est bon de souligner qu'ils peuvent aussi concerner des enfants et des jeunes atteints de déficience physique ou intellectuelle.

### *LA NÉGLIGENCE PARENTALE À L'ENDROIT DES ENFANTS DE 0 À 11 ANS*

La négligence inclut toute forme de manquements graves aux obligations liées à la garde d'un enfant tels que le fait de ne pas subvenir aux besoins d'éducation, de supervision, de logement ou de sécurité, aux besoins médicaux, physiques ou émotifs de l'enfant, ainsi que l'abandon physique [17].

Les situations de négligence constituent une part importante des signalements reçus à la Direction de la protection de la jeunesse à Montréal [18]. En deux ans, les Centres jeunesse de Montréal ont noté une hausse des signalements de l'ordre de 20 % et les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, une augmentation de 18 % [19].

En 1997-1998, 35 % des signalements concernent des tout-petits (0-5 ans); de ce nombre, 78 % ont trait à un motif de négligence. Les 6-11 ans représentent quant à eux 31 % des signalements retenus; la négligence est associée à plus de 62 % de ces situations. La réalité est probablement plus sombre, on estime en fait que ces données sont sous-évaluées en raison du silence et de l'isolement des enfants qui en sont victimes. Au premier avril 1997, c'était 58 % des cas en application de mesures de protection de la jeunesse qui concernaient un motif de négligence.

Les situations de négligence sont plus souvent qu'autrement attribuables aux carences affectives qu'ont connues les parents eux-mêmes, aux conditions de vie souvent précaires, aux problèmes que vivent les parents (alcoolisme, toxicomanie, problèmes de santé mentale, etc.). Les conditions difficiles dans lesquelles évoluent ces enfants affectent souvent gravement leur développement et amènent, entre autres conséquences, des difficultés d'adaptation : difficultés d'apprentissage, troubles de comportement, etc.

---

[17] Prevention of child abuse and neglect. *In « Canada health action : Building on the legacy – Determinant of health », vol. 1 – Children and youth* (pp103-131). Wolfe, D.A.. Ste-Foy, Québec : Éditions Multimondes Inc., 1998.

[18] Idem.

[19] Tableaux statistiques des deux centres jeunesse de Montréal, 1996-1997 et 1997-1998.

## LA VIOLENCE SUBIE

Cette violence s'inscrit bien souvent à l'intérieur d'une violence familiale et les enfants en sont inévitablement victimes.

À la Protection de la jeunesse, 17 % des signalements retenus ont trait à des situations d'abus physique et 6 % à des abus sexuels [20]. Encore là, nous savons que ces données sont sous-évaluées et ne reflètent pas la réalité en raison du silence qui entoure ce problème et de la difficulté pour l'enfant de dénoncer la situation.

La littérature nous apprend que ces comportements violents ont des conséquences graves chez les enfants qui en sont victimes ou témoins. Leur équilibre psychoaffectif est atteint et cela peut entraîner les effets suivants : troubles de comportement, usage d'alcool ou de drogue, répétition des modèles de violence appris, etc.

## LA VIOLENCE CHEZ LES ADOLESCENTS

La violence « externalisée » chez les jeunes (agressivité, violence et troubles de comportement) atteint un sommet entre 12 et 17 ans. Elle est souvent le produit de tensions entre groupes culturels, un problème qui se présente notamment à l'intérieur et autour de l'école. Celle-ci constitue en fait un milieu névralgique également touché par le phénomène des gangs et du taxage. L'ensemble de ces manifestations contribue sans doute à ce qu'un climat de peur et d'insécurité s'installe dans les écoles et les quartiers les plus atteints.

Cette violence caractérise particulièrement la réalité montréalaise. En 1994, on constatait que le nombre de crimes contre la personne était de 1 302 (par 100 000 habitants) contre 533 dans le reste de la province [21]. Dans cette même année, 4 711 jeunes ont fait l'objet d'interventions en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants* [22]. Les adolescents violents connaissent souvent des tensions conflictuelles ou vivent une forme de distanciation dans leur famille. Les parents sont souvent impuissants, dépassés. Parfois, ils ignorent carrément la situation de leur enfant. Dans certains cas, ils sont eux-mêmes victimes de la violence de leurs jeunes.

En 1997-1998, 7 000 jeunes âgés entre 12 et 17 ans ont reçu des services des deux centres jeunesse montréalais pour des troubles dits « d'externalisation »; près des trois quart des services reçus l'étaient en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants* et le quart selon l'article 38-h de la *Loi de la protection de la jeunesse* [23].

---

20 Idem.

21 *Sécurité urbaine : Enjeux et réalité sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal*. CUM, 1998.

22 Tableaux statistiques des deux centres jeunesse de Montréal, 1996-1997 et 1997-1998.

23 Idem.

***C'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal!***

La violence dans les relations amoureuses des jeunes s'installe souvent dès l'adolescence, soit au moment de leurs premières expériences amoureuses.

Des enquêtes canadiennes[24] estiment que 20 % des jeunes femmes du secondaire ont été victimes de violence au cours de leurs fréquentations, et que 60 % des élèves rapportent avoir été exposés à cette violence, soit comme témoins ou par des témoignages de victimes ou d'agresseurs.

Considérant les conséquences néfastes de cette violence sur le développement des jeunes (perte d'estime de soi, suicide, dépression, toxicomanie, problèmes scolaires, etc.), il est important de s'attarder spécifiquement à cette réalité.

## L'EXCLUSION ET LA MARGINALISATION

### L'environnement social, *un autre déterminant majeur de santé et bien-être* des jeunes

L'isolement se caractérise par une dynamique progressive d'exclusion sur tous les fronts, de sorte que la personne est touchée dans son for intérieur, dans son estime d'elle-même et dans son intimité[25].

Les problèmes qui conduisent un jeune vers l'isolement social se manifestent sous diverses formes : il peut s'agir de retard académique, d'abandon scolaire, de situation chronique de chômage, d'une consommation abusive d'alcool et de drogues, de problèmes de santé mentale et même d'une grossesse vécue à l'adolescence.

Ces jeunes représentent un risque élevé de problèmes de santé mentale qui peuvent aller jusqu'aux tentatives de suicide. Ils présentent aussi des risques importants de dépendance aux drogues et à l'alcool. Enfin, ils risquent d'entrer dans le cercle de l'itinérance et d'être confrontés aux problèmes qui y sont associés (prostitution, sida, etc.).

Les jeunes de 16-17 ans qui sont en difficulté se retrouvent particulièrement dans une zone grise au niveau des services; n'étant pas obligés de fréquenter l'école, certains quittent. Leur situation fait qu'ils ont moins accès à l'emploi et à l'aide sociale, ce qui les place en situation d'exclusion.

On estime qu'à Montréal, 39 % de la clientèle des refuges et près de 31 % de celle des « soupes et centres de jour » est âgée de

---

[24] *Not a pretty picture : An exploratory study of violence against women in high school relationship*, Litch Mercer, S., Ressources for feminist research / documentation sur la recherche féministe, 17, 15-23, 1998.

[25] *Familles en détresse sociale, repères d'action*, Tome 1 : Du social au communautaire, Jean Bédard, Éditions Anne Sigier, 1998.

moins de 30 ans (1996-1997) [26]. Les intervenants y dénombrent de plus en plus de jeunes de 14 à 18 ans.

L'itinérance chez les jeunes ne se présente que très rarement comme problématique isolée; elle s'accompagne de violence familiale, de consommation d'alcool et de drogue, de prostitution, etc.

Une étude récente démontre qu'en fait la consommation d'alcool fait partie de ce style de vie : 99 % en consomment; 9 % tous les jours, 47 % toutes les semaines. Les deux tiers ont consommé plus de quatre types de drogues au cours de leur vie. La moyenne d'âge de la première consommation est de 14 ans (variant entre 8 et 25 ans). Plus du tiers (36 %) se sont injectés des drogues au cours de leur vie et 58 % ont emprunté des seringues usagées. Le taux d'infection au VIH chez ce groupe est dix fois plus élevé que celui de la population du Québec (1,85 contre 0,18). De plus, les comportements délinquants sont pratique courante : la majorité a déjà été arrêtée par la police, deux tiers ont déjà commis un ou des vols, plus de la moitié ont déjà pénétré par effraction ou commis des actes de vandalisme. Enfin, le tiers ont déjà fait partie d'un groupe criminel (gang criminalisé) [27].

La variété de problèmes en jeu est aussi le propre du taux de mortalité des jeunes de la rue estimé à treize fois supérieur à celui des jeunes Québécois de leur âge. On y trouve des décès par pendaison, par surdose de drogue, par hépatite A fulminante, par chute d'un balcon (alors que le jeune était en état d'ébriété) et par accident de voiture [28].

### *Retard et décrochage scolaire*

Entre 1989 et 1994, le pourcentage annuel de doubleurs au primaire était, à Montréal, supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Le taux de réussite au secondaire dans le réseau public était inférieur à celui de la province [29]. Entre 1984 et 1993, les troubles de comportements au primaire ont quant à eux plus que doublé, passant de 4 170 élèves à 10 272 [30].

En 1991, 17 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans n'ont pas de diplôme d'études secondaires ni de diplôme de métiers[31].

---

26 Enquête auprès de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants, des centres de jour et soupes populaires de Montréal et de Québec, 1996-1997.

27 *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH*, Élise Roy et al. 1996.

28 *Le défi de l'accès pour les jeunes de la rue*, Avis du directeur de la santé publique sur la mortalité des jeunes de la rue à Montréal, déc. 1998.

29 *Pour un développement intégré des services éducatifs à la petite enfance*, Conseil supérieur de l'éducation, 1996.

30 M. Ouellet, MEQ, 1994.

31 Statistique Canada, 1991

Une étude réalisée sur une période de cinq ans, de 1992 à 1996, estime que le taux d'abandon précoce se situe à 20 %, soit un élève sur cinq, pour l'ensemble des commissions scolaires de l'île de Montréal; ceci représente 1,5 % de plus que dans l'ensemble du Québec[32].

On constate que les enfants pauvres n'ont pas d'aussi bons résultats scolaires que les autres : deux fois plus d'adolescents pauvres de 16 et 17 ans décrochent avant d'avoir terminé leur cours secondaire.[33] Plus de la moitié des décrocheurs proviennent de familles démunies[34]. Sur l'île de Montréal, dans les écoles en milieu défavorisé, le pourcentage d'élèves présentant un retard scolaire en 1994 est presque le double de celui des écoles de milieu favorisé : 34 % à la dernière année du primaire (contre 18 %) et 65 % à la première année du secondaire (contre 35 %)[35]. La sous-scolarisation et l'absence de diplôme placent les jeunes en situation de grande précarité.

Enfin, on remarque une surreprésentation masculine au sein des élèves à risque, ce qui nécessite le développement d'interventions adaptées.

### *Les problèmes de santé mentale*

Les enfants et les jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale vivent des *« problèmes ou troubles dits d'extemalisation »*, c'est-à-dire des conduites inappropriées, de l'agressivité, de la violence, des troubles de comportement, etc. ou des *« problèmes ou troubles dits d'intériorisation »* sous forme de souffrance intérieure plus difficilement observable comme le stress, les troubles dépressifs, le suicide, la phobie, etc.

Chez les enfants québécois de 6-11 ans, 15 % présentent au moins un trouble mental. Ils sont 18 % chez les 12-14 ans. On évalue à 37 % la proportion des jeunes âgés de 15 à 19 ans qui se situent dans la catégorie « élevée » de l'indice de détresse psychologique. Cette proportion a considéra-blement augmenté entre 1987 et 1992 puisqu'elle est passée de 27 % à 37 % en cinq ans[36].

Concernant le suicide plus particulièrement, on a constaté annuellement, entre 1990 et 1996, en moyenne 5 décès par suicide chez les jeunes montréalais de 12 à 17 ans. Pendant cette même période, on observait une moyenne de 29 décès par suicide par année chez les 18 à 24 ans[37]. La mortalité par suicide des 14-25 ans touche davantage les garçons que les filles.

---

32 *Étude sur l'abandon scolaire 1992-1996*, Faculté d'éducation de l'Université de Montréal et Fondation du Conseil scolaire de l'île de Montréal, 1998.

33 *La pauvreté des enfants : quelles en sont les conséquences ?*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

34 *L'abandon scolaire des jeunes décrocheurs au secondaire*, Université de Montréal, 1993

35 *Les inégalités sociales de la santé : rapport annuel 1998 sur la population*, Direction de la santé publique, 1998.

36 Enquête sociale et de santé 1992-1993, Santé-Québec.

37 *Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre*, Direction de la santé publique, nov. 1998.

Entre 1995 et 1997, 90 jeunes de 12 à 17 ans ont été hospitalisés en moyenne par année pour tentative de suicide, alors qu'on en retrouvait en moyenne 58 par année chez les 18-24 ans. De 1981-1983 à 1993-1996, le taux d'hospitalisation a augmenté de 61 % chez les jeunes femmes montréalaises de 15 à 24 ans, passant de 45,1 % à 72,8 % [38].

Enfin, ajoutons que la clientèle concernée par des services de santé mentale est aussi constituée d'enfants et de jeunes dont le ou les parents ont un problème de santé mentale. Ces enfants vivent des problèmes de « victimisation »; très souvent le comportement du ou de leurs parents menace leur développement. On méconnaît toutefois l'incidence du problème chez les enfants touchés par cette situation.

### *Consommation d'alcool et de drogues*

La grande proportion des jeunes buveurs de 15 à 24 ans qui s'enivrent ou qui ingèrent un grand nombre de consommations à une même occasion est préoccupante [39].

Au secondaire, selon une étude publiée en 1994, 67 % des jeunes ont répondu en avoir consommé au cours de la dernière semaine : 2,6 consommations en moyenne par semaine en première secondaire et 4,2 en cinquième secondaire [40].

La consommation de drogues apparaît comme un phénomène qui touche particulièrement la jeunesse : un jeune sur quatre (27 %) de 15 à 24 ans en a consommé durant l'année précédant l'enquête [41]. De plus, 24 % des élèves du secondaire ont déjà consommé de la marijuana ou du haschisch [42].

La consommation de drogues chez les jeunes de la rue est notablement supérieure à celle de la population en général du même âge[43]. L'injection d'héroïne et de cocaïne est de plus en plus populaire. Plus de jeunes les utilisent et la tendance est au rajeunissement de la clientèle[44].

---

38 *Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre : quelques éléments de la situation*, Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre, février 1999.

39 Cité de : *Portrait de santé des Montréalais*, Direction de la santé publique, S. Chevalier et M. Tremblay, 1995.

40 Étude sur les habitudes de vie, Commission des écoles catholiques de Montréal, 1994.

41 Op. cit. Santé-Québec.

42 Op. cit. CECM.

43 *La toxicomanie à Montréal-Centre*, Régie régionale de Montréal-Centre, nov. 1998.

44 Idem.

### *Grossesse à l'adolescence*

En 1992-1993, à Montréal, le taux de grossesse était de 28 par 1 000 adolescentes (14-17 ans). Cela représente 2 168 grossesses dont 70 % ont été interrompues volontairement, 25 % ont été portées à terme et 5 % se sont terminées par une fausse couche[45].

De plus, pour les années 1993,1994 et 1995, les grossesses des jeunes montréalaises de moins de 18 ans représentent près de 30 % de celles de l'ensemble du Québec. On retrouve la même proportion chez les 18-19 ans[46].

Les adolescentes provenant d'une famille pauvre sont plus susceptibles de devenir enceintes que celles issues d'une famille à revenu plus élevé. Une enquête sur la santé menée en Ontario en 1990 a noté que 18 % des filles de 16-19 ans provenant d'une famille à faible revenu avaient eu une grossesse dans les cinq années précédentes contre 4 % des adolescentes de famille à revenu plus élevé[47].

*Les habitudes de vie, un autre déterminant*
**de santé et bien-être des jeunes**

En terminant, soulignons que même si on a surtout abordé ici les problèmes d'adaptation sociale, on ne peut ignorer l'influence de diverses habitudes de vie sur le développement optimal des enfants et des jeunes et même sur le lien entre les habitudes de vie du jeune et le développement de certains problèmes d'adaptation sociale.

Ainsi, le tabagisme est non seulement un risque pour la santé physique, mais un facteur associé à la consommation de drogues et d'alcool : 95 % des jeunes qui ne consomment pas d'alcool ni de drogues sont des non-fumeurs, tandis que 70 % des jeunes qui consomment des drogues et de l'alcool sont des fumeurs [48].

De plus, il a été reconnu que des programmes d'activités physiques destinés aux jeunes peuvent aider à diminuer les comportements sociaux négatifs en leur permettant d'acquérir des habiletés sociales et affectives qui contribuent à augmenter leur confiance et leur estime d'eux-mêmes.

Enfin, certaines déficiences nutritionnelles sont associées à des difficultés scolaires : turbulence, manque de concentration et d'application, fatigue en classe. La qualité moindre de l'alimentation et l'omission du déjeuner sont associées à la faible

---

45 MSSS (d), 1996. Voir aussi *Le développement optimal des jeunes dans la région de Montréal-Centre. État de situation*, parties 1 et 2, Régie régionale de Montréal-Centre, nov. 1996.

46 *Taux de grossesse à l'adolescence. Québec. 1980-1995. Régions sociosanitaires de résidence*, MSSS, sept. 1997.

47 *La pauvreté des enfants : quelles en sont les conséquences?*, Ross D.P., Scott K, Kelly M., Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1996.

48 *Enquête ados, familles et milieux de vie : la parole aux ados*, Centre de recherche sur les services communautaires, Cloutier R. et al., Université Laval, 1991.

performance scolaire et à des prédispositions à des problèmes de santé.

**Les choix économiques et sociaux ont des conséquences importantes sur les conditions de vie, de santé et de bien-être des enfants et des jeunes**

Le portrait que nous venons de décrire relate en bonne partie des données factuelles. Celui-ci ne pourrait être satisfaisant sans y ajouter quelques éléments de contexte pouvant apporter un éclairage supplémentaire permettant de mieux comprendre certaines situations.

Ainsi, on peut noter que la conjoncture sociale, politique et économique des dernières années a influencé la qualité de l'environnement des enfants, des jeunes et des familles montréalaises. L'érosion des politiques sociales régissant la sécurité du revenu, les normes du travail, les sans emploi, l'habitation ainsi que certains choix effectués plus directement au plan économique ont inévitablement accentué l'écart entre les mieux nantis et les plus pauvres de notre société.

L'appauvrissement observé à Montréal pour un grand nombre de familles découle de ces choix économiques, politiques et sociaux traduisant des valeurs de société qui prônent avant tout un accès immédiat aux profits, la consommation et la poursuite de l'excellence à tout prix. Alors que ces valeurs engendrent la compétition, nous constatons que le cercle de la pauvreté se caractérise quant à lui par l'isolement, l'exclusion et se traduit au quotidien par l'absence d'opportunité à participer à la vie sociale. Cette situation constitue un obstacle sérieux à la santé et au bien-être des familles et de enfants.

# 3.

# Le portrait actuel

## b) les services de santé et les services sociaux pour les jeunes montréalais

**Les acquis**

Nous dressons ici un portrait de l'évolution des services de santé et des services sociaux s'adressant aux jeunes montréalais. Nombreux sont les acquis, nombreux sont les résultats positifs, mais toujours il y aura place à l'amélioration des services afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des jeunes.

Ces acquis sont très diversifiés; en faire un inventaire exhaustif serait laborieux et sans doute périlleux. On peut toutefois constater, dans la foulée des quelques rapports publiés ces dernières années, que différents virages ont été entrepris. En effet, beaucoup d'efforts ont été déployés pour améliorer la capacité du réseau à aider plus et mieux les enfants et les jeunes ainsi que leur famille.

Les modifications organisationnelles et structurelles de plusieurs établissements, les différentes actions et projets entrepris sur le terrain, l'évolution des pratiques, le développement de la recherche sociale représentent tous des pas dans la bonne direction. Ces changements constituent en fait les bases sur lesquelles il faut maintenant miser pour consolider, ajuster et surtout mieux arrimer les efforts de chacun.

Rappelons plus particulièrement les acquis suivants :

### L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES

Les services des CLSC sont maintenant accessibles sur une plus grande plage horaire, soit de 8 h à 20 h. De plus, la mise sur pied du service Info-Santé CLSC, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, permet d'avoir un contact à tout moment avec une infirmière qui peut, soit répondre immédiatement à une demande, soit orienter les personnes au bon endroit, selon leur besoin.

Un meilleur accès aux services

Le développement du réseau des centres de la petite enfance; l'accroissement du nombre de places en garderie; l'augmentation, dans le réseau de l'éducation, de la capacité d'accueil préscolaire par la mise en place de maternelles à temps plein pour les enfants de 5 ans sont autant de mesures qui nous permettent de mieux répondre aux besoins des jeunes.

Soulignons aussi l'implantation dans les centres jeunesse de nouveaux mécanismes intégrés d'accès aux services de même que le développement de différents plans d'accès aux services pour les communautés culturelles.

De plus, la mise sur pied d'un tronc commun de services en CLSC pour les 0-5 ans et les 6-11 ans et la mise en œuvre d'un système de référence postnatale entre les centres hospitaliers accoucheurs et les CLSC viennent contribuer à une meilleure intégration et continuité des services.

Dans le but de contribuer au développement intégral et optimal des jeunes dans les écoles, il existe maintenant un programme cadre traitant des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire. Celui-ci précise aux CLSC l'ensemble des objectifs poursuivis, les clientèles visées ainsi que les différentes activités qui peuvent être réalisées.

La restructuration et la fusion des ex-centres de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation et des centres de protection de l'enfance et la jeunesse (CPEJ) facilitent la continuité des services. La restructuration des services dans les centres jeunesse assure une meilleure cohérence et de meilleurs arrimages dans l'ensemble des services.

Notons aussi un élargissement de l'accès aux services pour les jeunes et les parents au Programme jeunesse du Centre Dollard-Cormier (toxicomanie) ainsi qu'une restructuration des places d'hébergement jeunesse visant la stabilisation et le retour en milieu naturel.

Enfin, soulignons qu'un support financier plus grand aux organismes communautaires n'est pas à négliger dans l'ensemble des acquis.

## LES PRATIQUES ET LES MODALITÉS NOUVELLES D'INTERVENTION

### Une approche qui favorise l'intervention dans le milieu

Au plan régional, il faut mentionner l'octroi de budgets (priorités de santé publique) pour soutenir la prévention des difficultés d'adaptation et de la marginalisation. Ces investissements de prévention visent à améliorer tant la santé et le bien-être des tout-petits et des jeunes que leur développement optimal.

Il faut aussi souligner différentes réalisations des dernières années dans les Centres jeunesse de Montréal : la transformation des ressources d'hébergement qui s'est concrétisée par la diminution d'environ 300 places d'hébergement à Montréal, la restructuration des places dans le sens de faciliter le lien avec le milieu des enfants et des jeunes, la révision de la programmation des unités de vie, le développement de guides d'appropriation de « l'approche milieu », le redéploiement d'une centaine d'intervenants dans 25 points de service répartis sur l'ensemble des territoires des centres jeunesse, la mise sur pied d'un programme d'intervention rapide et intensive pour répondre aux situations d'urgence et de crise, la démarche de consolidation des ressources de type familial, les travaux préparatoires à l'implantation d'une grille d'évaluation du besoin de placement, l'ajout de ressources à la Direction de la protection de la jeunesse pour l'évaluation des signalements démontrent l'intensification de « l'approche milieu » dans les Centres jeunesse de Montréal.

Aux Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, la fermeture de 39 places en hébergement, l'augmentation des services externes, le développement de ressources de type familial ainsi que l'élargissement de l'accès aux services 24 heures/7 jours témoignent aussi de l'évolution des pratiques dans le sens de la concrétisation de « l'approche milieu ».

Le développement du partenariat

## LA CONCERTATION

Il faut mentionner la collaboration plus marquée de certains partenaires, notamment les organismes communautaires, mais aussi les écoles, les centres de la petite enfance et d'autres.

Le développement d'actions concertées autour de projets intersectoriels en prévention et promotion ainsi que l'octroi à cet effet de nouveaux budgets depuis 1995 ont contribué à favoriser un meilleur arrimage.

Relativement à certains programmes, notons, entre autres, l'implication du service de police dans la prévention de la violence en milieu scolaire et l'octroi de budgets supplémentaires dans le cadre du *Programme d'aide à l'action concertée* pour les clientèles d'adaptation sociale.

L'expertise développée par les organismes non gouvernementaux auprès des communautés ethnoculturelles constitue un acquis aussi à ne pas négliger dans le contexte montréalais.

Enfin, la mise sur pied du programme cadre régional des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire et la création, au plan régional, d'ententes entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et celui de l'Éducation (MSSS/MEQ) contribuent à concrétiser la collaboration.

Une reconnaissance de l'expertise

## DES POLITIQUES, OBJECTIFS ET MESURES SOCIALES D'ENVERGURE

En 1995, il faut souligner l'adoption par la Régie régionale de deux priorités régionales – tout-petits et jeunesse – dans son plan de transformation 1995-1998 *« L'atteinte d'un nouvel équilibre »* et, en 1998, l'inscription du Projet jeunesse montréalais dans le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 de la Régie régionale *« Le défi de l'accès »*.

De plus, la reconnaissance des Centres jeunesse de Montréal à titre d'institut universitaire (violence), la désignation du CLSC Côte-des-Neiges à titre de centre affilié universitaire (accessibilité aux services pour les communautés culturelles) ainsi que la mise sur pied de projets réalisés en collaboration avec l'Université de

Montréal, l'Université du Québec à Montréal et l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (interventions dans le domaine de la violence, projets d'évaluation de services) sont le reflet d'une réelle collaboration avec le milieu de la recherche.

Enfin, l'importance accordée à la jeunesse dans le plan du Conseil régional de développement de l'île de Montréal dénote une volonté ferme de s'employer à améliorer le sort des jeunes montréalais.

## Les lacunes et les limites

Le réseau des services sociaux aux enfants, aux jeunes et à leurs parents ainsi que les autres réseaux impliqués auprès de la jeunesse disposent de ressources compétentes et d'expertises qui leur permettent d'obtenir de bons résultats. Toutefois, nous observons tout de même certaines lacunes et des limites aux actions entreprises. Nous voulons présenter ici ces observations.

### LA VISION

**Une vision qui oublie parfois le développement global de l'enfant**

La lecture des besoins des jeunes et les stratégies d'intervention sont peu partagées. On assiste à un morcellement des approches tant au plan de l'individu, des interventions que des services. Chacun semble travailler sur un ou plusieurs problèmes du jeune, sans tenir compte de son développement global. Enfin, on sent une exclusion du jeune. Or, il est important de reconnaître ses forces et ses capacités, de lui offrir des opportunités de participation sociale.

### LES RÔLES ET MANDATS DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

**La méconnaissance du rôle de certains partenaires**

Il existe une confusion quant aux rôles et mandats des établissements du réseau : CLSC, centres jeunesse, Direction de la protection de la jeunesse, centres de réadaptation, centres hospitaliers.

Par exemple, en adaptation sociale, la Direction de la protection de la jeunesse est trop souvent utilisée comme porte d'entrée pour obtenir des services. Il y a dédoublement mais aussi des zones grises dans l'actualisation du mandat des centres jeunesse et des CLSC : on déplore une absence de continuité et de suivi, des services en séquences, en cascades. On remarque aussi des difficultés reliées au transfert de la clientèle et aux collaborations attendues entre certaines catégories d'établissements, notamment dans les services d'adaptation sociale, en déficience intellectuelle, en santé mentale.

On constate une méconnaissance des partenaires et de leurs actions, un manque d'information sur les ressources existantes ainsi qu'une mauvaise connaissance et la reconnaissance insuffisante des organismes communautaires.

## L'ACCESSIBILITÉ, LA DISPONIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES

**Un manque d'accessibilité dans certains services**

Malgré une plus grande accessibilité générale, on souligne un manque de services :

- de prévention;
- pour les familles, entre autres celles vivant de grandes difficultés;
- pour les familles monoparentales;
- pour les personnes ayant une déficience intellectuelle;
- pour les 18-25 ans, plus particulièrement ceux qui sont laissés à eux-mêmes (semi-itinérants), les jeunes parents, les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale non reconnus;
- pour les consommateurs abusifs de drogues et d'alcool;
- d'accueil pour les jeunes (18-25 ans) non fonctionnels;
- pour les besoins de base liés au revenu et au logement.

On ne peut s'empêcher de mentionner la congestion des services, le temps de réaction trop long en situation de crise, le manque d'arrimage entre les services d'employabilité pour les jeunes en difficulté, le manque de continuité et le clivage entre les groupes d'âge, le manque de passerelles à 18 ans vers les services aux adultes, les problèmes d'arrimage entre les organismes du réseau et leurs partenaires, enfin, on insiste sur le manque de ressources pour l'intervention en amont.

En pédopsychiatrie, on reconnaît un accès très difficile aux services sur le plan local et un accès plutôt réduit sur le plan régional. On note de plus une déficience dans l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles et aux anglophones.

## LA CONCERTATION

***Un manque de soutien à la concertation***

En matière de concertation, on constate l'absence de mécanismes de soutien à la concertation, un cadre administratif trop rigide, une absence de leadership et de coordination sur le plan régional.

De plus, certains problèmes sont reliés au découpage territorial. En fait, la multiplicité des frontières administratives des différents partenaires s'ajoute aux autres difficultés de collaboration. Enfin, on ne sait plus parfois à qui doit revenir l'imputabilité des gestes posés.

L'importance d'offrir des services continus

Bref, nous sommes conscients que ces lacunes génèrent parfois « les enfants *ping pong* qu'on se renvoie mutuellement parce qu'ils ne correspondent pas à la bonne mission, les enfants qui ne reçoivent pas de services, les enfants qui se retrouvent *entre deux chaises* parce qu'il manque de communication entre les intervenants des différents établissements et que le processus de référence est déficient, les enfants et les jeunes soumis à des interventions qui se neutralisent parce qu'elles vont dans des sens différents, voire opposés, les enfants ou les jeunes dont la situation

s'aggrave parce qu'ils n'ont pas reçu les services appropriés au moment opportun »[49].

[49] *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes : Agissons en complices.* MSSS, 1998.

# 4.

## Les orientations

### Pour améliorer la santé et bien-être des enfants et des jeunes...

### Huit principes directeurs :

### 1. L'amélioration des conditions de vie, de santé et de bien-être

### 2. Une base locale : les territoires de CLSC

### 3. L'accessibilité et la continuité dans tous les continuums de services

Les audiences publiques et le forum jeunesse tenus en mars 1998 nous ont permis de croire que tous les partenaires impliqués auprès de la jeunesse s'engageraient résolument dans l'action, dans un projet visant l'amélioration des services et des conditions de vie des jeunes. Ce n'est, croyons-nous, qu'en focalisant sur les éléments suivants que nous pourrons être pleinement efficaces :

- ✓ les besoins des jeunes et des milieux de vie,
- ✓ les problèmes à résoudre,
- ✓ le respect des compétences et de la contribution de chacun.

Cet engagement ne sera possible que si les acteurs jeunesse se dégagent des structures et des mandats particuliers de chacun pour se rejoindre autour de l'essentiel. De fait, une telle démarche ne devient possible que si les partenaires se font confiance, se respectent mutuellement, partagent certains objectifs et croient en la concertation[50].

Nous présentons ici les orientations du Projet jeunesse montréalais. Huit principes directeurs, deux approches privilégiées et trois objectifs prioritaires traduisent ces orientations. Celles-ci tiennent compte, d'une part, de l'importance d'une approche globale face à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes. D'autre part, on reconnaît l'importance d'agir sur les divers niveaux du continuum promotion – prévention – réadaptation.

De plus, un processus d'évaluation du projet jeunesse et un certain nombre d'objectifs spécifiques sont présentés dans cette section. Enfin, nous terminerons en précisant le rôle spécifique de la Régie régionale de Montréal-Centre dans le Projet jeunesse montréalais.

Huit grands principes directeurs président à l'implantation du Projet jeunesse montréalais :

1. Les actions mises de l'avant par le Projet jeunesse montréalais s'arriment à celles d'autres partenaires qui, par leurs diverses interventions, visent à influencer les déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être. Ceux-ci concentrent leurs actions plus directement sur l'amélioration des conditions de vie des enfants, des jeunes et de leur famille.

2. L'organisation des services s'effectue sur une base locale qui est le territoire de CLSC. C'est sur cette base que seront privilégiées les ententes de collaboration avec les partenaires sectoriels et multisectoriels, tout en considérant les instances de concertation existantes. Cependant, pour des raisons d'expertise et d'efficience, certains services seront organisés sur une base sous-régionale ou régionale.

3. L'organisation des services englobe l'accessibilité sous toutes ses formes, notamment l'aspect de la langue et de la culture, ainsi que la continuité des services aux jeunes dans tous les continuums de services (santé physique, santé mentale,

---

[50] Idem.

adaptation sociale, déficience physique, déficience intellectuelle).

**4.**
**L'accentuation des interventions de promotion et de prévention**

4. Les interventions de promotion et de prévention ainsi que toutes formes réalisées en amont sont accentuées.

**5.**
**Un renforcement des services de première ligne**

5. L'organisation des services repose sur un renforcement des services de première ligne ainsi que sur le développement et la disponibilité d'une force d'intervention spécialisée en appui à l'intervention de première ligne.

**6.**
**Le respect des missions**

6. La coordination régionale s'effectue dans le respect des missions dévolues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi sur les jeunes contrevenants* et les autres lois pertinentes ainsi que dans le respect des cultures et des modes de fonctionnement des différents partenaires.

**7.**
**L'ouverture à des formes novatrices de partenariat**

7. L'organisation des services est caractérisée par l'ouverture à des formes novatrices de partenariat, le rapprochement des intervenants et la déconcentration des activités et des effectifs sur une base locale.

**8.**
**Une évaluation des programmes**

8. Le projet est supporté par des systèmes d'information de gestion et soumis à des évaluations de programmes.

## Deux approches privilégiées

### L' APPROCHE ÉCOLOGIQUE

**L'approche écologique est une approche selon laquelle les enfants et les jeunes sont reconnus comme des éléments dynamiques qui sont en constante relation avec leur environnement.**

**Cette approche nous invite à considérer simultanément différents niveaux d'intervention :**

**1.**
**L' approche écologique...**

1. *le*s enfants, les jeunes eux-mêmes;
2. *le*s parents, la famille;
3. *la* communauté;
4. *la* société.

***permet d'agir sur l'environnement et les milieux de vie, pas seulement sur les personnes***

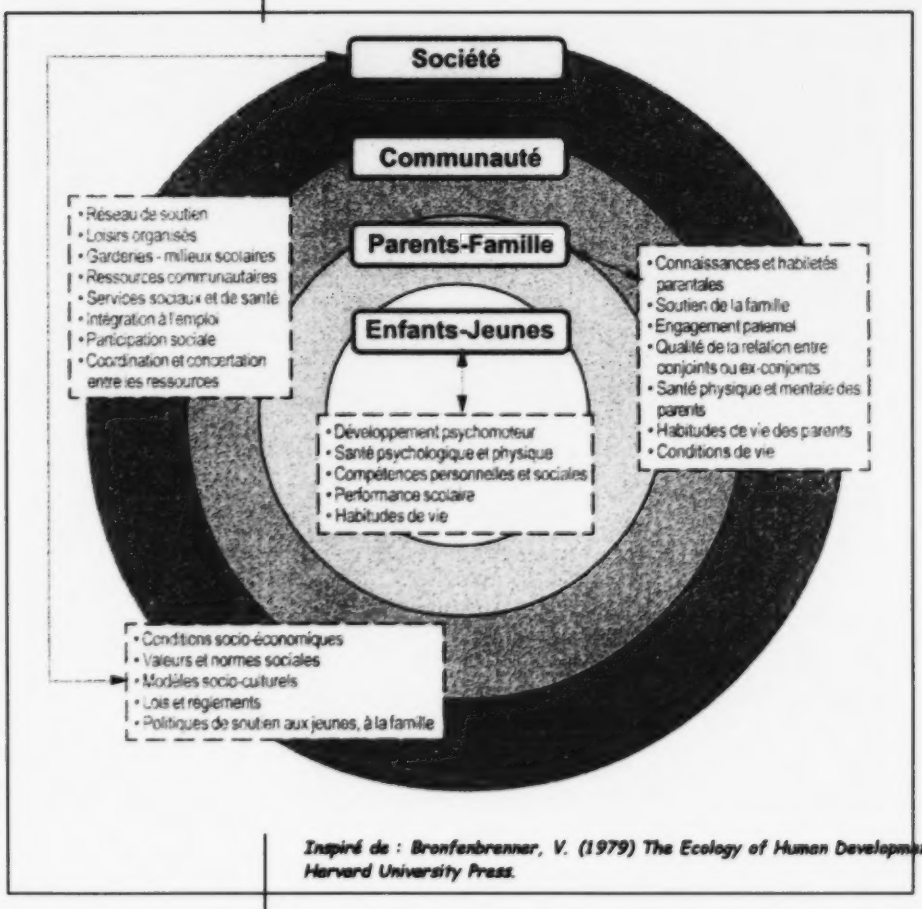
Les déterminants de la santé et les facteurs associés à la prévention des problèmes d'adaptation sociale sont nombreux et, en ce sens, ils nécessitent une approche globale qui fait appel aux différents partenaires pouvant avoir un impact sur ces facteurs.

Bien que le modèle écologique ne suppose pas en soi une hiérarchie des déterminants, la littérature et les différents rapports servant d'assises au Projet jeunesse montréalais (rapport Bouchard, rapport Cliche, etc.), insistent sur le fait que la pauvreté et l'isolement social sont des déterminants majeurs de la santé et

**du bien-être des jeunes et des familles et que nous devrions en tenir compte dans le choix de nos stratégies d'intervention.**

**Voici une illustration de l'approche écologique :**

***Une vision écologique de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes et de la prévention des problèmes d'adaptation sociale***




***Inspiré de : Bronfenbrenner, V. (1979) The Ecology of Human Development, Harvard University Press.***

**2.**
**Un continuum d'interventions...**

## LE CONTINUUM PROMOTION – PRÉVENTION – RÉADAPTATION

Selon cette approche, les enfants, les jeunes et leurs parents sont au centre des interventions. Il importe d'avoir une gamme d'interventions accessibles sur les différents points du continuum, soit : la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des problèmes d'adaptation sociale, le traitement, la réadaptation et la réinsertion des enfants et des jeunes en difficulté.

***permet d'agir tant en amont des problèmes qu'au plan de l'organisation des services***

À chaque point du continuum, les interventions s'adressent à une clientèle précise; plus les interventions sont spécialisées, plus la clientèle est restreinte. Ainsi, les interventions de promotion de la santé et du bien-être s'adressent à l'ensemble des jeunes et des familles alors que les interventions de prévention des problèmes d'adaptation sociale ciblent spécifiquement les enfants, les jeunes et les familles en situation de vulnérabilité soit ceux chez qui on reconnaît la présence de facteurs de risque dont la pauvreté, la monoparentalité, les problèmes de santé mentale des parents, les incapacités physiques ou intellectuelles, la violence conjugale ou familiale, etc. Finalement, les interventions de traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale s'adressent à un sous-groupe plus restreint, soit les enfants, les jeunes et les familles en difficulté.

Le modèle tient aussi compte de l'intensité des besoins : les enfants et les jeunes en difficulté ayant une intensité de besoins plus grande.

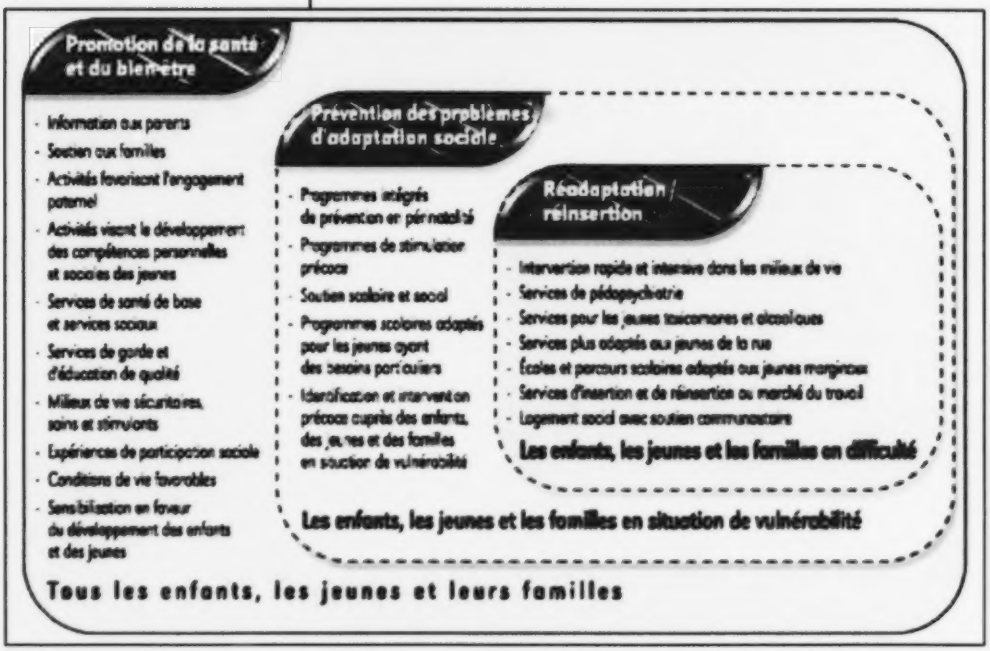
**Les interventions à privilégier pour les trois clientèles :**

- ✓ **l'ensemble des enfants, des jeunes et des familles,**
- ✓ **les enfants, les jeunes et les familles en situation de vulnérabilité,**
- ✓ **les enfants, les jeunes et les familles en difficulté**

**sont en lien avec les principaux déterminants ou facteurs présentés dans l'approche écologique. Ces interventions, actions sont regroupées sous des objectifs plus spécifiques inscrits en italique dans la section suivante (les objectifs).**

**Voici une illustration du continuum d'intervention :**

**Le fait que les sphères s'imbriquent les uns dans les autres indique que tous les jeunes et les familles, même ceux en difficulté, peuvent bénéficier des interventions de promotion de la santé et du bien-être.**



## Les objectifs

**Nous présentons ici la nature des actions à privilégier et les aménagements de services à prévoir. Cependant, tous ces objectifs prennent leur sens si on considère qu'ils placent toujours les enfants, les jeunes et leurs parents au centre de nos interventions et qu'ils s'adaptent aux réalités particulières des jeunes (langue, culture, communauté culturelle, marginalité, etc.).**

1.

***Pour tous les enfants, les jeunes et leurs familles :***

des activités de promotion et de prévention

Objectif 1 :

Accroître les actions de promotion et de prévention auprès de tous les enfants et tous les jeunes, ainsi qu'auprès de leur famille et en améliorer la coordination.

**Population cible :**

Des actions qui s'adressent à tous les enfants, les jeunes et leur famille.

✓ ***Améliorer la connaissance de la population en ce qui concerne les services et les activités offerts aux enfants, aux jeunes et à leurs parents.***

Pour ce faire, il est donc important de :

- S'assurer de la diffusion d'informations auprès de la population et des partenaires en ce qui a trait aux ressources et services disponibles dans le milieu.

✓ *Accroître le nombre d'enfants, de jeunes et de parents rejoints par des actions destinées à soutenir le développement des enfants et des jeunes.*

✓ *Accroître le nombre d'interventions en prévention et en promotion auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents.*

Pour ce faire, il est donc important d'accroître, de développer, de consolider et de soutenir :

- Les interventions visant à améliorer les connaissances des parents en ce qui a trait au développement des enfants et des jeunes et les situations où il faut consulter;
- Les services à caractère éducatif visant le développement du potentiel des parents, particulièrement en regard de leur rôle d'éducateur et le soutien au développement optimal de leur enfant;
- Les services de soutien aux familles, notamment au niveau du répit, des besoins matériels de base, de la sécurité alimentaire et des groupes d'entraide;

- Les activités visant à soutenir les pères dans leur implication parentale dès les premiers mois de vie de leur enfant et tout au long de leur parcours scolaire;

- Les activités visant le développement de l'estime de soi et les compétences personnelles et sociales chez les jeunes;
- Les services en périnatalité (rencontres prénatales, visites postnatales à domicile à la suite d'un congé précoce) et les services de santé de base pour les enfants et les jeunes;
- Les services de santé et de bien-être concernant la prévention de la grossesse à l'adolescence, la prévention et le dépistage des MTS, les problèmes de santé mentale, de violence et de surconsommation pour tous les jeunes et jeunes adultes en milieu scolaire;
- Des interventions visant à assurer la présence de milieux de vie sains, stimulants et sécuritaires;
- Les activités favorisant les expériences de participation sociale des jeunes comme les sports et les loisirs;
- Les activités visant à donner une place aux jeunes et valoriser les actions positives qu'ils posent;
- Les activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs en faveur du développement des enfants et des jeunes.

✓ *Améliorer la coordination entre les différentes activités de prévention et de promotion s'adressant aux enfants, aux jeunes et leurs parents .*

- Développer des collaborations afin d'améliorer les conditions de vie en lien avec le plan stratégique du Conseil régional de développement de l'île de Montréal ;
- Développer une planification intégrée intersectorielle des actions visant l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des enfants et des jeunes en milieu scolaire : services de base et adaptés des CLSC, programme des compétences personnelles et sociales, encadrement social et académique des jeunes en difficulté et en situation de vulnérabilité, services spécialisés, sécurité alimentaire, développement d'un environnement social et physique favorable au bien-être.

## parents dans leur rôle

## 2.

*Pour les enfants et les jeunes en situation de vulnérabilité :*

**intervenir précocement et appuyer les**

**Objectif 2 :**
Intervenir précocement auprès des enfants et des jeunes en situation de vulnérabilité et appuyer les parents dans leur rôle.

**Population cible :**
Pour les enfants, les jeunes et leur famille vivant des situations à risque pour leur développement, amenées par la pauvreté, la monoparentalité, les problèmes de santé mentale des parents, les incapacités physiques ou intellectuelles, la violence conjugale ou familiale, l'immigration des familles, etc.

- ✓ Rendre accessibles des interventions préventives adaptées.

**Pour ce faire, il est donc important d'accroître, de développer, de consolider et de soutenir :**

Des programmes intégrés de prévention en périnatalité de type Naître égaux - Grandir en santé;

- Des programmes de stimulation précoce;
- Les interventions visant l'encadrement social et académique des jeunes qui manifestent des signes de décrochage, qui ont des difficultés académiques ou des difficultés sociales;
- Des programmes scolaires adaptés pour des jeunes qui ont des besoins particuliers.

✓ ***Augmenter le nombre d'enfants et de jeunes qui font l'objet de dépistage et d'interventions précoces, en regard notamment des situations de violence, d'abus et de négligence, des problèmes de santé mentale, dont la détresse psychologique, et de surconsommation d'alcool et autres substances.***

Pour ce faire, il est donc important d'accroître, de développer, de consolider et de soutenir :

- Le dépistage et l'intervention précoce : identification des enfants, des jeunes et des familles en situation de vulnérabilité ou en difficulté et accompagnement vers les services appropriés[51];
- L'accès à l'expertise et au soutien des intervenants des CLSC et des centres jeunesse auprès des écoles et des centres de la petite enfance dès les premières manifestations des problèmes;
- L'accès à des services de consultation en pédopsychiatrie pour les intervenants jeunesse (CLSC, centres jeunesse, omnipraticiens, intervenants scolaires, etc.).

✓ ***Accroître la coordination entre les actions visant le dépistage et l'intervention précoce et l'accompagnement vers les ressources pour les familles et les jeunes en difficulté.***

Pour ce faire, il est donc important :

- D'implanter des protocoles d'intervention et des mécanismes de coordination entre les milieux de garde, les

---

[51] Opportunités d'identification de situations de vulnérabilité :

- lors des visites médicales pour le suivi de grossesse, le suivi pédiatrique et toute autre consultation médicale;
- lors de séjours hospitaliers pour l'accouchement;
- lors de visites postnatales à domicile;
- lors de cliniques de vaccination;
- en milieu de garde et en milieu scolaire;
- dans le cadre des activités des organismes ethnoculturels.

écoles, les organismes communautaires, les CLSC, les centres jeunesse, le réseau pédiatrique, le réseau de réadaptation et les ressources spécialisées concernant le dépistage et le soutien :

- aux victimes de violence et de négligence,
- aux enfants dont les parents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale (notamment avec les services de psychiatrie adulte),
- aux enfants dont les parents sont aux prises avec des problèmes particuliers (toxicomanie, violence conjugale, etc.);

- D'intensifier la collaboration entre les CLSC et les CJ dans le développement d'interventions précoces;
- De confier à des équipes locales la responsabilité de la coordination des interventions préventives et curatives;
- D'implanter des protocoles d'intervention et de postvention en milieu scolaire, dans les centres jeunesse, dans les organismes œuvrant auprès des jeunes de la rue et des toxicomanes et dans les services de lignes d'écoute téléphonique pour mieux intervenir en cas de suicide, de menace de suicide ou d'idéations suicidaires.

**3.**

*Pour les enfants, les jeunes et leurs familles qui ont des besoins spéciaux :*

**s'assurer qu'ils reçoivent les services dont ils ont besoin**

### Objectif 3 :

S'assurer que les enfants, les jeunes en difficulté et leurs parents reçoivent les services dont ils ont besoin.

### Population cible :

Pour des enfants, des jeunes et leurs familles qui ont des besoins spéciaux ou qui vivent une crise ainsi que pour des familles qui sont dans l'impossibilité d'offrir des soins adéquats et d'assurer le développement normal et la protection de leurs enfants.

✓ Assurer un accès facile et rapide au bon service.

Pour ce faire, il est donc important :

- D'implanter et faire connaître localement les mécanismes d'accès aux services spécialisés ;
- De privilégier l'accueil et l'accompagnement personnalisés et adaptés.

✓ Favoriser la continuité des services en s'assurant que ceux-ci soient suffisants et adaptés aux besoins.

Pour ce faire, il est donc important :

- De créer des équipes d'intervenants multidisciplinaires appelés à intervenir rapidement et de façon intensive dans les milieux de vie dès les premières manifestations de problèmes ou lors des situations de crise (0-17 ans);

- D'assurer l'accessibilité des services de pédopsychiatrie à la clientèle des enfants et des jeunes pour chaque territoire de CLSC;
- D'accroître l'accessibilité des services pour les jeunes toxicomanes et alcooliques;
- De mettre en place, en collaboration avec les organismes concernés, des services plus adaptés aux jeunes de la rue au centre-ville;

- D'assurer la présence d'écoles et de parcours scolaires adaptés aux jeunes marginaux;
- D'accroître les services d'insertion et de réinsertion au marché du travail et d'améliorer la concertation entre eux;
- D'accroître l'accessibilité du logement social avec soutien communautaire.

✓ ***Développer des ententes entre les partenaires visant à améliorer la coordination des services localement et régionalement***

Pour ce faire, il est donc important :

- D'accroître la cohérence et la continuité dans les interventions des équipes locales par l'utilisation des plans d'intervention et des plans de services individualisés comme instruments privilégiés;
- 'établir une meilleure coordination des systèmes d'intervention d'urgence sociale, sur une base 24 heures/7 jours avec les services des CLSC, de la Direction de la protection de la jeunesse, des centres de crise et des lignes d'écoute;
- D'améliorer le suivi et la continuité des services donnés aux jeunes ayant fait une tentative de suicide et à leur proches;
- D'implanter, dans l'ensemble de la région de Montréal et sous la responsabilité de la Régie régionale, des protocoles d'entente entre les CLSC et les centres jeunesse;
- D'implanter des protocoles d'entente entre les établissements, les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, notamment en santé mentale, en pédopsychiatrie, en périnatalité, en toxicomanie et les autres partenaires dont le milieu scolaire;
- D'élaborer et implanter des ententes cadres entre les centres jeunesse et les services de pédopsychiatrie;
- De mettre sur pied, sur une base locale, des équipes d'intervention concertées enfance-jeunesse-famille afin de favoriser la complémentarité des services (CLSC, centres jeunesse, centres de la petite enfance, scolaire, etc.).

✓ *Accentuer l'encadrement et la supervision clinique des intervenants des CLSC et des centres jeunesse.*

D

## TROIS NIVEAUX DE RÉSULTATS ATTENDUS

### L'évaluation du Projet jeunesse montréalais

Le Projet jeunesse montréalais fera l'objet d'une évaluation au cours des trois prochaines années. Les principaux acteurs seront interpellés, à un moment ou un autre, pour participer à cette évaluation tant au niveau local que régional. En ce sens, il apparaît important de situer dès maintenant les différents niveaux de résultats à évaluer.

### La démarche d'implantation

Puisque le Projet jeunesse montréalais consiste d'abord à mettre en place un large processus de partenariat local dans chacun des 29 territoires de CLSC de l'île de Montréal, il sera important, dans un premier temps, de vérifier de quelle façon ce processus s'est implanté. Pour ce faire, nous utiliserons, entre autres, les états de situation et les plans d'action déposés par chaque territoire. Cette analyse permettra de vérifier si les actions proposées respectent effectivement les grandes orientations du projet. Elle permettra également d'apprécier le travail projeté par les territoires, mais surtout de constater l'ampleur de la mobilisation et de la collaboration, ainsi que la façon dont seront coordonnées les différentes actions. Ce type d'évaluation sera réalisé au cours de l'année 2000.

### La production de services et d'activités

Une fois le processus bien implanté, l'évaluation tentera de voir dans quelle mesure celui-ci aura un effet sur la production des services et des activités. Il sera donc question d'apprécier les changements, tant quantitatifs que qualitatifs, sur les services et activités offerts localement et régionalement. Concrètement, ceci signifie que l'évaluation documentera l'amélioration de :

- ✓ l'accessibilité aux services et activités (examen de l'utilisation des services jeunesse en CLSC, des listes d'attentes en centres jeunesse, de la population rejointe par les programmes de périnatalité, des activités de promotion de la santé développées ou consolidées, etc.);
- ✓ la coordination des services et des activités (modification dans l'organisation des suivis de clients interétablissements, élaboration et application d'ententes entre certains partenaires (ex. CLSC/centres jeunesse), niveau de complémentarité dans les activités proposées dans les plans d'action, etc.);
- ✓ la qualité des pratiques professionnelles (accentuation de l'encadrement clinique des intervenants).

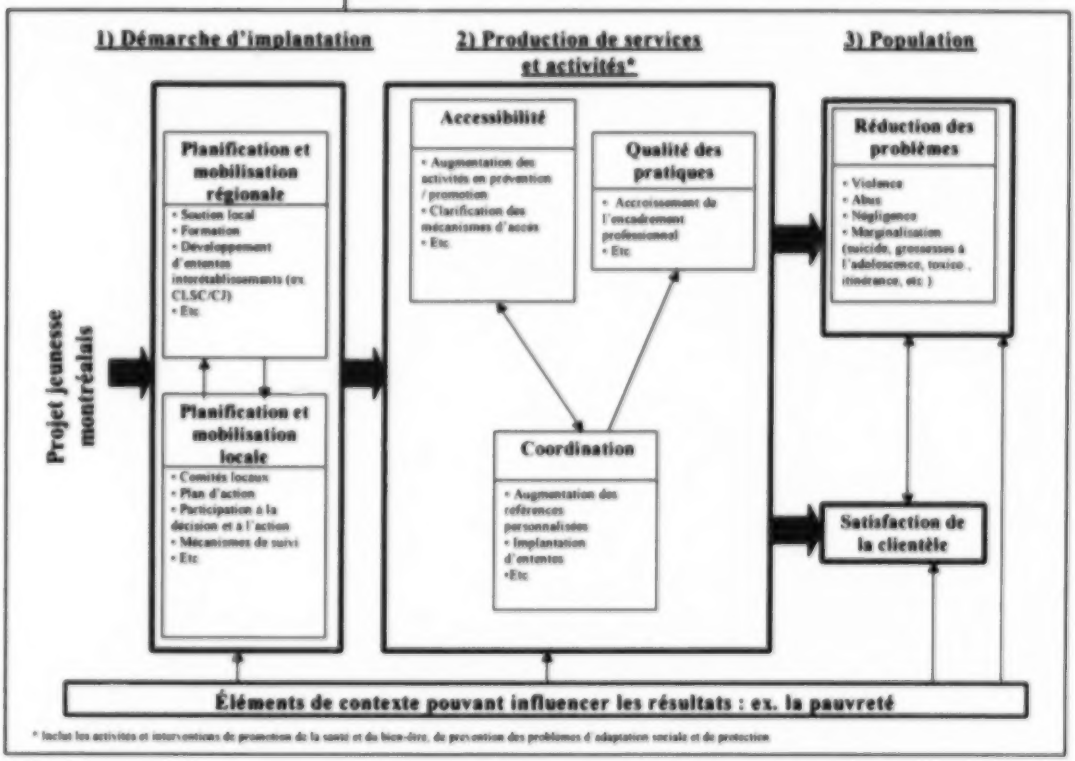
### L'impact sur la population

Ce n'est que lorsque ces résultats intermédiaires seront atteints que le système aura réellement changé. Il sera alors possible de passer au dernier niveau de l'évaluation : l'impact sur la population. Il s'agira ici d'évaluer la réduction des abus, de la négligence, de la violence chez les jeunes et de la marginalisation, ainsi que l'accroissement de la satisfaction de la clientèle.

Même si les résultats se présenteront à des moments différents et s'étaleront sur une longue période de temps, nous pouvons dès maintenant commencer à recueillir les informations pertinentes, incluant l'impact sur la population. En effet, considérant que les problématiques ciblées sont très complexes et soumises à une foule d'autres déterminants, il est important d'amorcer dès le début du projet, en collaboration avec les partenaires du terrain et des équipes de recherche s'intéressant déjà à ces questions, l'identification d'indicateurs et de moyens qui permettront de mesurer les retombées possibles du Projet jeunesse montréalais, ainsi que l'impact potentiel des éléments de contexte qui peuvent influencer ces mesures.

Il est également important de comprendre que, pris isolément, les indicateurs macroscopiques provenant des systèmes d'information traditionnels ne seront pas suffisants pour répondre à l'ensemble des questions posées. Ceci signifie qu'il faudra développer des mesures adaptées et établir une collaboration avec des équipes de recherche déjà en place (ex. : évaluation des effets du programme « Naître égaux - Grandir en santé »).

**Hiérarchie des changements et résultats attendus du Projet jeunesse montréalais**



## Le rôle spécifique de la Régie régionale de Montréal-Centre dans le Projet jeunesse montréalais

### La coordination des activités régionales

La Régie régionale assume le leadership dans l'actualisation du Projet jeunesse montréalais. Pour ce faire, elle met en place différents comités pour supporter et animer la démarche, planifie les activités relatives à la réalisation du Projet jeunesse montréalais, coordonne les différents comités régionaux afin de renforcer l'unité d'action des acteurs sectoriels et intersectoriels et se positionne face aux orientations de certaines politiques sociales.

Afin de renforcer l'unité d'action des acteurs sectoriels et intersectoriels, la Régie régionale assurera les liens nécessaires entre les différents comités et activités régionales.

**Voici une présentation de certains comités et activités régionales actuellement en cours :**

✓ ***L'entente CLSC/Centres jeunesse***

Cette entente vise à :

- Clarifier les rôles et mandats entre les CLSC et les centres jeunesse;
- Proposer un mécanisme d'articulation local et régional qui permettra d'assurer une efficacité fonctionnelle en ce qui concerne la dispensation conjointe des services en regard des besoins collectifs et individuels.

✓ ***Le comité aviseur en périnatalité (période postnatale)***

Sous la responsabilité de la Régie régionale, ce comité donne des avis sur la proposition « *Rôles et modalités d'articulation centres hospitaliers accoucheurs/CLSC/médecins traitants en périnatalité* », sur le suivi du processus d'implantation et d'évaluation des mesures proposées pour les neuf centres hospitaliers accoucheurs et les 29 CLSC.

✓ ***Les services en santé mentale - pédopsychiatrie***

Les actions régionales en cours visent à procéder à la réorganisation des services en pédopsychiatrie et à l'implantation des services externes. Des modalités formelles de liaison avec les partenaires du milieu seront déterminées.

Enfin, particulièrement au niveau de la prévention du suicide, une stratégie d'action régionale pour les jeunes montréalais de 0-18 ans s'implantera de concert avec les travaux du Projet jeunesse montréalais.

✓ ***Les services en milieu scolaire***

Le comité régional des services en milieu scolaire a pour mandat d'assurer une coordination et une planification intégrée des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire.

Toujours dans le cadre des activités régionales du projet jeunesse, la Régie régionale entend procéder à :

- ✓ L'arrimage des différents services d'urgence (centres jeunesse, CLSC, centres de crise, lignes d'écoute);
- ✓ L'ajout du rôle social au service Info-Santé CLSC, en y déterminant des paramètres régionaux;
- ✓ Le poursuite des échanges et des travaux sur la reconnaissance et le financement des organismes communautaires.

De plus, la Régie régionale s'implique dans la mise en œuvre et le suivi de la stratégie de développement social élaborée par le Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDÎM) et ses partenaires régionaux. La Régie participe au plan d'action concernant plus particulièrement l'enjeu de l'amélioration de la santé et du bien-être des Montréalais et Montréalaises, qui comprend un volet «famille-enfance-jeunesse». Les activités développées dans ce volet seront étroitement reliées au Projet jeunesse montréalais. Dans la même perspective de partenariat, la Régie s'arrimera également au Forum jeunesse organisé par le CRDÎM.

## Le soutien à la mise en œuvre du Projet jeunesse montréalais

**La Régie régionale entend supporter la mise en œuvre du Projet jeunesse montréalais tant au niveau local que régional par les moyens suivants :**

- ✓ Des activités de soutien professionnel et technique pour, au besoin, mieux outiller les équipes territoriales dans le cadre de l'implantation et de la mise en œuvre du projet;
- ✓ L'élaboration d'un plan de soutien et de formation en lien avec le Projet jeunesse montréalais, notamment par :
  - une accessibilité accrue à des outils de dépistage et de diagnostic validés;
  - une formation offerte aux intervenants en intervention de crise (notamment en santé mentale au niveau du suicide).
- ✓ Une identification des indicateurs de santé et de bien-être des enfants et des jeunes en lien avec le Projet jeunesse montréalais;
- ✓ Un processus d'évaluation de l'implantation du Projet jeunesse montréalais et de ses retombées et un suivi systématique;
- ✓ La mise sur pied d'activités de recherche pour appuyer le développement des connaissances, des pratiques et de la qualité dans le secteur de la jeunesse.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux met aussi à contribution sa Direction de la santé publique aux différentes étapes de mise en œuvre du Projet jeunesse montréalais.

La Direction de la santé publique contribue plus particulièrement à :

- ✓ Produire et analyser l'information permettant de documenter l'évolution de l'état de santé et de bien-être des jeunes en termes de besoins, de problèmes, de déterminants et de résultats;
- ✓ Réaliser des études et des analyses permettant de mieux saisir l'origine des problèmes vécus par les jeunes;
- ✓ Déterminer, dans un contexte pilote, l'efficacité et les conditions de réalisation des interventions permettant d'agir en amont;
- ✓ Soutenir, à partir des priorités retenues dans les plans d'action locaux, l'implantation d'actions de prévention et de promotion dans les milieux;
- ✓ Évaluer l'implantation, les effets et le rendement des programmes et des services offerts aux jeunes.

La Direction de la santé publique adhère entièrement à l'effort régional et local pour, d'une part, rendre accessibles les interventions de prévention et de promotion et, d'autre part, les intégrer au continuum promotion – prévention – réadaptation de façon à assurer la continuité des interventions et des services. Dans cette perspective, elle s'engage aussi à améliorer la coordination des activités qu'elle initie et qui interpellent les acteurs locaux en utilisant des mécanismes tels que ceux développés avec le Regroupement des CLSC de Montréal.

## Bibliographie


BÉDARD, Jean (1998) **Famille en détresse sociale, Repères d'action**, Tome 1, Du social au communautaire, Éditions Annie Sigier, 31 p.

CLOUTIER R. ET AL. (1994) **Enquête ados, familles et milieux de vie : la parole aux ados**, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

COMMISSION DES ÉCOLES CATHOLIQUES DE MONTRÉAL (1994) **Les habitudes de vie des élèves du secondaire fréquentant une polyvalente de la Commission des écoles catholiques de Montréal, secteur francophone**, 87 p.

COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL (1998) **Sécurité urbaine : Enjeux et réalité sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal**.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1996) **Pour un développement intégré des services éducatifs à la petite enfance**.

FOURNIER L., CHEVALIER S., OSTOJ M., GASLET M. (1996-1997) **Enquête auprès de la clientèle des centres d'hébergement pour itinérants, des centres de jour et soupes populaires de Montréal et de Québec**, Santé Québec.

LITCH MERCER, S. (1998) **Not a pretty picture : An exploratory study of violence against women in hich school relationship,** Ressources for feminist research / documentation sur la recherche féministe.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998) **Agissons en complices,** Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes, Québec, 76 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998) **État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse**, Rapport du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, Québec, 112 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995) **Famille en tête 1995-1997**, Plan d'action des partenaires en matière familiale, Secrétariat à la famille, Québec, 176 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992) **La politique de la santé et du bien-être,** Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997) **Priorités nationale de Santé publique 1997-2002**, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991) **Un Québec fou de ses enfants**, Rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Québec, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997) **Taux de grossesse à l'adolescence, 1980-1995, Régions sociosanitaires de résidence**, Québec,3 8 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1994), M. Ouellet

MINISTÈRE DES AFFAIRES INTERNATIONALES DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (1996) **Le racisme au Québec : éléments d'un diagnostic**, Collections Études et recherches, no 13, Direction des communications, 183 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998) **Le Défi de l'accès,** Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux, 128 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998) **La toxicomanie à Montréal-Centre,** 80 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998) **Le défi de l'accès pour les jeunes de la rue**, Avis du Directeur de la santé publique sur la mortalité des jeunes de la rue à Montréal, 48 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1996) **Le développement optimal des jeunes dans la région de Montréal-Centre, État de situation**, parties 1 et 2.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1996) **Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH**, Élise Roy et al., 36 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1995) **Portrait de santé des Montréalais** Rapport de l'Enquête sociale et de santé pour la région de Montréal-Centre 1992-1993, 248 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998) **Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre : quelques éléments de la situation .**

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE – DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1999) **Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre : quelques éléments de la situation.**

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (1993) **Étude sur l'abandon scolaire des jeunes décrocheurs du secondaire sur l'île de Montréal** Fondation du Conseil scolaire de l'île de Montréal, 201 p.

WOLFE, D.A. (1998) **Canada health action : Building on the legacy – Determinant of Health,** Prevention of child abuse and neglect, vol. 1 – Children and youth, Éditions Multimondes Inc, Ottawa, 463 p.

**Annexe**

## Les membres du comité de coordination

Claire Chamberland
Directrice
Institut de recherche pour le développement social des jeunes

Pierre Charest
Directeur de la recherche et du développement
Les Centres jeunesse de Montréal

Carole Chouinard
Conseillère en développement communautaire
Ville de Montréal

Renée Courville
Conseillère
Emploi-Québec

Michèle de Passillé
Directrice des services de première ligne
CLSC LaSalle

Annie Desrosiers
Présidente du conseil d'administration
L'Hôte

Michel Doucet
Commandant
Dossiers corporatifs, Bureau du directeur

Francine Dupuis
Directrice générale par intérim
CLSC Saint-Louis du Parc

Pierre Durocher
Directeur général
CLSC Saint-Michel

Manon Fontaine
Conseillère
Régie régionale de Montréal-Centre

René Grenier
Directeur des services aux usagers
Centre de réadaptation Gabrielle Major

Normand Kingsley
Coordonnateur médical, effectifs médicaux et Commission médicale régionale
Régie régionale de Montréal-Centre

Marie-Claire Laurendeau
Responsable ECOHS
Direction de la santé publique

Suzanne Lemire
Directrice de la protection de la jeunesse
Les Centres jeunesse de Montréal

Denise Lemire-Desautels
Coordonnatrice Adaptation et Services complémentaires
Commission scolaire de Montréal

Linda Manzo
Directrice des programmes aux enfants en réadaptation
Hôpital Marie Enfant

Rose-Marie Mayetela
Directrice générale
ACCESS

Dr Luc Morin
Président de l'assemblée des chefs de pédopsychiatrie de Montréal
Hôpital Rivière-des-Prairies

Geneviève Paquette
YMCA
Organismes jeunesses non regroupés

Maurice Poirier
Président
ROCIDEC

Réjean Pinard
Responsable de secteur
Régie régionale de Montréal-Centre

Francine Quintal
Conseillère, Direction des relations publiques
Fédération des caisses populaires Desjardins de Montréal et de l'ouest du Québec

Mario Régis, directeur
Guylaine Laporte, coordonnatrice
Secteur pédagogie et formation
Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal
Madeleine Roy
Directrice générale

Centre Dollard-Cormier

Margareth Ann Smith
Directrice du Département de service social
Hôpital de Montréal pour enfants

Monique Tessier
Chef de service
Service d'adaptation sociale
Régie régionale de Montréal-Centre

André Trépanier
Chef de service
Services multiclientèles de première ligne
Régie régionale de Montréal-Centre

Michael Udy
Directeur général
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw